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

Медицина в Кузбассе

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:
НП «Издательский Дом Медицина и Просвещение»

Адрес:
г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Макетирование:
А.А. Черных
И.А. Коваленко

Директор:
С.Г. Петров

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

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

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Спецвыпуск № 7 – 2005

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 7-2005: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ. Тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (29-30 ноября 2005 г.). - Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2005. - 310 с.

Спецвыпуск содержит тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции «Современные технологии и организация работы многопрофильной больницы», посвященной 90-летию основания МУЗ «Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского».

Редакционная коллегия выпуска:

Шпилянский Э.М.
Краснова С.В.
Головатова Л.В.
Ликстанов М.И.
Судакова Л.В.
Гатин В.Р.
Михайлова И.А.
Подолужный В.И.
Ушакова Г.А.
Костин В.И.
Григорьев Е.В.
Ардашев И.П.
Коваленко А.В.
Зарубина М.А.
Рейх М.А.

© НП Издательский Дом "Медицина и Просвещение", 2005 г.
Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией.

Уважаемые коллеги, друзья!

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского – старейшина Кемеровского здравоохранения, история которой на протяжении девяти десятилетий идет бок о бок с историей становления, развития и сегодняшней жизнью столицы Кузбасса – города Кемерово.

Мне особенно приятно отметить, что я знаю больницу, ее слаженный, трудоспособный и высокопрофессиональный коллектив не понаслышке, не по освещению ее прекрасных дел в средствах массовой информации, не по сухим статистическим показателям, а знаю ее изнутри, поскольку 13 лет мне посчастливилось заниматься ее развитием, руководить коллективом, которым я по праву мог и могу гордиться.

Шли годы, менялась больница, менялись люди, наконец, менялась жизнь и в России, и на нашей Кемеровской земле. Но я вижу, что неизменными остались традиции больницы, связь поколений, а главное, священная традиция беззаветного служения людям во имя их жизни и здоровья.

Я вижу, как преобразилась больница, завершив сложнейший этап реконструкции, которую мы с Вами начинали с середины 80-х годов, и который ни на минуту не прекращался даже в самые тяжелые 90-е годы экономических потрясений в Кузбассе.

Больница выстояла. И не просто выстояла, а продолжала свое поступательное движение к прогрессу Кемеровской и Кузбасской медицины. Сегодня, оценивая все, что делается для больницы, я отдаю дань глубочайшей признательности Администрации области и города, лично Владимиру Васильевичу Михайлову за то, что больница не была оставлена без мощной финансовой и материальной поддержки, без глубокого убеждения, что отстоять больницу – это значит на деле доказать приоритет здравоохранения в широком диапазоне социальной политики.

Сегодня городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского – ведущее лечебное учреждение не только Кемеровского городского, но и Кузбасского здравоохранения. Это школа медицинских кадров, центр научных исследований, центр разработки и внедрения новейших медицинских технологий, результаты работы которых становятся достоянием не только Кузбасской, но и Российской медицины.

Больница по праву получила международное признание.

Юбилей больницы – это не только событие для Кемеровского городского здравоохранения. Это всекузбасское событие, это событие для всех, кто посвятил себя гуманной миссии – охране здоровья кузбассовцев.

Дорогие друзья! От всего сердца, с искренней душевной теплотой поздравляю Вас с юбилеем и говорю огромное спасибо!

Желаю Вам крепкого Здоровья, Счастья, Радости, искрящихся улыбок, Удачи и Успехов в плодотворном труде на радость человеку земли Кузнецкой.

С уважением
Начальник департамента охраны
здоровья населения Кемеровской области,
Заслуженный врач Российской Федерации

Т.И. Швец

Уважаемые коллеги!

История вашего коллектива – это летопись врачебного подвига, подвижничества, беззаветного служения Родине, своему народу.

Городская клиническая больница № 3 сегодня по праву является гордостью городской, Кузбасской и отечественной медицины.

Сохраняя славные традиции великой российской медицинской школы, выполняя заветы ветеранов медицинской службы, заслуженного врача РСФСР, Почетного гражданина г. Кемерово Подгорбунского Михаила Алексеевича, имя которого носит больница, ваш коллектив постоянно стремится к четко поставленным целям: укреплению материально-технической базы; тесному сотрудничеству с медицинской наукой; яркой пропаганде труда медицинского персонала через средства массовой информации и, главное, изобретению, освоению, внедрению новых медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения.

Ежегодно более 26000 пациентов, вверяя вам самое дорогое, что у них есть – свое здоровье, свою жизнь, – ощущают ваше внимание и заботу, целительную силу ваших рук, вашу душевную щедрость, ваш высокий профессионализм, и говорят вам за это огромное «СПАСИБО!»

Будьте здоровы, счастливы, успешны, благополучны! Пусть в вашей жизни, в жизни ваших родных и близких будет больше ПРАЗДНИКОВ!

С уважением
начальник Управления здравоохранения
Администрации г. Кемерово,
к.м.н. Э.М. Шпилянский

Уважаемый коллектив городской больницы № 3!

Разрешите поздравить вас с датой славного юбилея — 90-летием становления вашей больницы! Нам особенно дорого сознавать, что на базе вашей больницы родилось православное сестричество в г. Кемерово и был построен один из первых в Кузбассе больничных храмов. Являясь вашими пациентами, мы, как духовенство, так и труженики Знаменского собора, да и вообще наши прихожане, не можем обойтись без вашей врачебной помощи. Оказывая ее в минуты скорби, боли и опасности, вы возвращаете нам красоту и радость жизни. Как же нам не обратиться к Богу за ваше благополучие, чтобы Господь всегда укреплял вас и давал мудрость и терпение нести в мире это великое предназначение — исцелять больных.

Один из ваших пациентов,
наместник Знаменского кафедрального собора
протоирей Владимир Курлюта со всеми прихожанами

ЛИКСТАНОВ М.И.

МУЗ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3 ИМЕНИ М.А. ПОДГОРБУНСКОГО: 1915-2005

90 лет прошло с тех пор, когда молодой врач Геннадий Бухвостов на берегу реки Томь, на месте нынешней Городской клинической больницы № 3, построил одноэтажный рубленый дом, где основал Усть-Искитимскую сельскую лечебницу. В штате больницы числились всего два врача, два фельдшера и акушерка.

С годами менялись люди, менялся облик и статус больницы.

В 1918 году, с преобразованием села Щеглово в город Щегловск, она стала называться Щегловской уездной больницей. В 1928 году состоялось открытие первого каменного корпуса больницы на 300 коек. Он и поныне стоит на набережной Томи. Переименование города Щегловска в Кемерово повлекло за собой и новое название городской больницы – Кемеровская. 2 января 1944 года Кемеровская горбольница была переименована в Областную клиническую больницу и сохраняла этот статус до 1952 года, когда стала называться Городской больницей № 3.

С августа 1960 года больница становится базой Кемеровского медицинского института для кафедры госпитальной хирургии, которой заведует профессор И.И. Шраер. С организацией кафедры значительно повышается качество лечебной работы, осваиваются новые методы диагностики и лечения, расширяется диапазон оперативного лечения, повышается квалификация врачей. К 1979 году в больнице, оснащенной самым совершенным, уникальным в то время оборудованием, на новых, значительно расширенных площадях, разместилось 1100 коек, десятки разнообразных кабинетов и лабораторий.

Сегодня тот сруб земской лечебницы, давшей начало Третьей городской больнице, остался лишь на фотографиях. А больница № 3 является одним из крупнейших учреждений области, где сохраняют и приумножают традиции кузбасского здравоохранения, где работали и работают люди, внесшие неоценимый вклад в историю Кемеровской области.

Здесь в 1926 году начинал свой трудовой путь основатель хирургической службы, первого в городе пункта переливания крови и станции скорой помощи, первый Почетный гражданин г. Кемерово, Заслуженный врач РСФСР Михаил Алексеевич Подгорбунский, чье имя с 1987 года носит ГКБ № 3.

В разные годы Третьей городской больницей руководили ведущие кузбасские медики – заслуженные врачи РФ, отличники здравоохранения С.В. Аникин, Е.П. Нечаева, З.Я. Фридман, Т.И. Швец. Каждый из них, безусловно, внес большой вклад в становление и развитие больницы. При Зиновии Яковлевиче Фридмане были построены несколько новых корпусов больницы. Тимур Иванович Швец – очень трудолюбивый человек и умнейший руководитель, по словам работавших с ним врачей, – увидел перспективы развития больницы, начал капитальный ремонт и реконструкцию помещений. С открытием новых площадей были созданы комфортные условия для пребывания пациентов в палатах.

Сегодняшняя гордость «трешки» – врачи, заслуги которых отмечены званием «Заслуженный врач Российской Федерации»: Людмила Васильевна Судакова, заместитель главного врача, Антонина Тихоновна Поликутина и Анатолий Григорьевич Чепров, заведующие отделениями, Ида Николаевна Винницкая, врач-кардиолог.

Нынешний коллектив – команда единомышленников, специалистов, которые внедряют самые современные медицинские технологии. Крепкий и высококвалифицированный коллектив объединяет свыше 1300 человек, молодежь в возрасте до 28 лет составляет 35 % численности всего персонала. Поэтому одним из основных направлений в деятельности больницы является обучение сотрудников, повышение квалификации врачей и медицинских сестер. В течение года на обучение сотрудников выделяется более 2 млн. рублей из внебюджетных средств.

Врачи больницы принимали участие во многих форумах всероссийского и международного масштаба, и ни одна значимая конференция в стране не проходит без их участия. Среди адресов командировок – Германия, Франция, Эстония, Англия, Греция, Кипр, Швейцария. В рамках контактов с АО/ASIF врачи клиники учились в Австрии, Швейцарии, Нидерландах, Англии, ОАЭ. А самое дальнее выступление нашего врача было на конференции хирургов в ЮАР.

Наши специалисты, находясь в курсе последних медицинских достижений, сами активно ведут научно-исследовательскую работу, обобщенную в научных статьях и диссертациях. На сегодняшний день 47 сотрудников имеют научную степень кандидатов и докторов медицинских наук. Кроме того, постоянно разрабатываются собственные методики оригинальных хирургических вмешательств, что подтверждено 56 патентами.

В Третьей городской больнице большое внимание уделяется тому, что зачастую остается за пределами работы лечебного учреждения: культуре взаимоотношений как внутри коллектива, так

и между персоналом и пациентами. Вопросам создания имиджа больницы, включающего мониторинг и анализ общественного мнения, взаимодействие со СМИ, формирование собственной информационной политики, уделяется наиважнейшее значение. На профессиональном уровне еженедельно проводится анкетирование различных групп сотрудников и пациентов, что позволяет своевременно выявлять возникающие проблемы, реагировать на пожелания и предложения пациентов.

Таким образом, формируется собственная философия ГКБ № 3. С 1999 года издается корпоративная газета «Больничный городок», ежегодно проводятся конкурсы на звание «Лучшая медицинская сестра», «Лучший процедурный кабинет», «Самое эрудированное отделение», лучшее отделение по итогам года с вручением переходящего приза. Разработана и утверждена собственная геральдика – флаг учреждения, наградные знаки «За вклад в развитие больницы», «Медицинская слава», различные атрибутные реквизиты. Открыто бесплатное для сотрудников Интернет-кафе, создан сайт больницы – первый в Кузбассе сайт лечебно-профилактического учреждения. Эти мотивационные формы работы с коллективом приносят видимые результаты: своей главной целью персонал считает оказание качественной медицинской помощи населению при максимальном внимании к пациенту и его нуждам.

Городская клиническая больница № 3 сегодня – это 855 коек, более 40 отделений, куда в дежурные дни поступают до 150 человек. Больница является учебной базой Кемеровского областного медицинского колледжа и шести кафедр Кемеровской государственной медицинской академии. В состав больницы входят 2 центра, приравненных к областным (острых отравлений, гепатологический – патологии печени и желче-выводящих путей), 2 межтерриториальных центра (ортопедии, вертебрологии – нейрохирургия), 2 городских центра (пульмонологический, герниологический), старейший в Кемерове родильный дом.

В 1999 году, благодаря помощи администрации г. Кемерово, создано одно из лучших в России отделение для ветеранов и участников войн на 60 коек. В этом же году открыт Больничный Храм Преподобномученицы великой княгини Елисаветы, основательницы Марфо-Мариинской обители «Милосердия».

За последние несколько лет в больнице внедрено более 150 новых технологий в области хирургии, травматологии, акушерства и гинекологии, терапии, а также ежегодно внедряется до 50 новых методов диагностики и лечения. Среди них такие, как проведение иммуноферментного анализа и ПЦР-диагностики по пятнадцати параметрам; дыхательного уреазного теста для диагностики хеликобактер; артрография, артропневмография, цилиакография, гепатикография, тетраполярная реография; ультразвуковая тонзиллэктомия; методика эндоскопического лигирования варикозного расширения вен; методика баллонной дилатации внепеченочных желче-выводящих путей; лапароскопическая нефропексия; эндоскопическое иссечение кист почек; склерозирование единичных метастазов печени под ультразвуковым контролем; химиоэмболизация печеночной артерии; препаритонеальная герниопластика при паховых и бедренных грыжах; применение минидоступов при хирургическом лечении язвенной болезни ДПК, ЖКБ, острого аппендицита; уретеролитотрипсия при камнях верхней трети мочеточника и лоханок почки; клеточные технологии; лазерное и УФО крови при ишемических инсультах; вертикальные роды и роды в воду, артроскопическое лечение вывихов плеча и многие другие. Кроме этого, постоянно проводится внедрение новых методик лечения в отделениях терапевтического профиля.

Особо следует подчеркнуть, что технологии, изобретения, звания – вовсе не самоцель. Все это делается для наших земляков-кузбассовцев, имеющих полное право на современную медицинскую помощь. Число пациентов, которым доктора «трешки» вернули здоровье, а порой и жизнь, в прошлом году приблизилось к 27 тысячам.

Третья городская по праву считается больницей 21 века, где оказывают качественную медицинскую помощь, где применяют современные медицинские технологии, где совмещаются наука и практика, где чувствуется постоянное движение вперед, ведь жизнь ставит перед нами все новые и новые задачи.

Раздел I
ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ, ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БЕЛЯВСКИЙ А.Р., КИЧА Д.И., РАННЕВ И.Б.
Ханты-Мансийская окружная клиническая больница,
г. Ханты-Мансийск,
Российский университет дружбы народов,
г. Москва

ПУТИ РАЗВИТИЯ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ В ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

Среди основных задач модернизации здравоохранения, которые непосредственным образом затрагивают больницы, Министерство здравоохранения и социального развития России ставит следующие:

- развитие нормативно-правовой базы системы здравоохранения;
- оптимизация обязательного медицинского страхования населения;
- расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения;
- внедрение современных подходов развития медицинских кадров;
- укрепление материально-технической базы медицинских организаций и учреждений;
- ориентация на внедрение высокотехнологичных методов оказания медицинской помощи.

В основе этих задач лежит конечная цель по удовлетворению все возрастающей потребности населения в высокотехнологичных видах лечебно-диагностической помощи. От реализации этой цели зависят как здоровье населения, так и формирование места и роли крупных многопрофильных больничных комплексов. Пути развития крупных многопрофильных больниц определены их приоритетной ролью в формировании системы здравоохранения региона в рамках стратегических задач Минздравсоцразвития РФ и системой федеральных округов России.

Одной из первых проблем в плане решения отмеченных выше шести задач в развитии крупных многопрофильных больниц является установление преемственности в госпитализации больных на основе этапности оказания медицинской помощи. Установление роли крупных многопрофильных региональных больниц в этом плане связано с наличием развитой сети районных больниц средней мощности. Районные больницы должны взять на себя профильных пациентов, которые не требуют медицинской помощи и госпитализации в крупные высокотехнологичные больницы.

Центральные районные больницы также востребованы их ролью в обеспечении качественной стационарной помощью населения района по следующим позициям:

- расширения хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения района;
- подготовки и развития медицинских кадров;
- укрепления материально-технической базы;
- внедрения современных технологий и методов оказания медицинской помощи;
- методической помощи сельским участковым больницам.

В интегративной преемственности в работе крупных многопрофильных комплексов и районных больниц может решаться как задача обеспечения здоровья населения региона, так и задача оптимального целевого использования материально-технической базы для высокотехнологичной лечебно-диагностической помощи.

Как показали материалы анализа, окружная клиническая больница Ханты-Мансийского автономного округа выполняет свои задачи регионального центра высокотехнологичной медицинской помощи. Развитие больницы нацелено на удовлетворение потребности населения округа в высоко квалифицированной узко специализированной лечебно-диагностической помощи: в больнице концентрируются высоко технологичное медицинское оборудование и высоко квалифицированный медицинский персонал. Современные организационные и управленческие технологии позволяют достигать интенсивного оптимального использования дорогостоящего медицинского оборудования и добиваться высоких показателей качества медицинской помощи.

В основе развития больницы лежат телемедицинские технологии диагностики и лечения больных и повышения квалификации медицинского персонала «на месте» и «за пределами». Это позволяет больнице выполнять роль высоко технологичного центра формирования здоровья населения региона. Это вытекает из важнейшего свойства научно-технического процесса – с повышением технологичности работы больницы происходит выход лечебно-диагностического процесса за рамки больницы и формирование системы здравоохранения. Больница в этом случае приобретает свойства экономической, социальной и медицинской эффективности.

БЖИТСКИХ В.А., КОТОВ Д.В., МАСИН А.Н., БЖИТСКИХ А.В.
Отделенческая больница на станции Кемерово,
г. Кемерово

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ В ЛОКАЛЬНОЙ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ СЕТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Подключение сведений от диагностической аппаратуры (графических и текстовых) в общую базу данных с предоставлением сведений врачам на приеме возможно решить при условии, когда производитель аппаратуры представляет на рынок и программное обеспечение определенного стандарта. Таким стандартом, по нашему мнению, может служить COM-объект. Описанные свойства объекта позволят быстро подключиться к аппарату, используя его методы и свойства. При этом авторские права производителя на получение изображения не нарушаются.

С этой целью программное обеспечение проектируется следующим образом. Производитель в программном обеспечении создает COM-объект, свойством которого является возможность получить изображение, допустим, кривой, которое может быть перехвачено программой связывания его и присоединения к электронной истории болезни. Программа-оболочка при этом имеет возможность аккумулировать все исследования в общей базе данных и предоставлять к ним доступ других пользователей локальной вычислительной сети.

При поставке программного обеспечения производитель не поставляет базу данных и не разрабатывает ее в своих лабораториях, либо поставляет временную, если локальная вычислительная сеть в ЛПУ отсутствует. Или производитель и потребитель договариваются об этом заранее. Стандартная комплектация программного обеспечения должна включать в себя COM-объект.

Тенденция работы с диагностической аппаратурой в ЛПУ, где имеются локальные вычислительные сети, такова, что необходимость иметь в общей базе все исследования больного для хранения и анализа очень актуальна. В дальнейшем, с развитием компьютерных технологий и электронных историй болезни, амбулаторных карт, потребность будет все более и более возрастать.

Уровень продаж диагностической аппаратуры при этом будет напрямую зависеть от возможности подсоединить такой аппарат к общей базе данных ЛПУ без особых хлопот, своими силами.

Проблемы языка программирования не возникает. Условия создания COM-объекта распространяются на изображения кривых, передачу текстового заключения. Рентгеновское изображение и изображение с компьютерных томографов должно иметь стандарт DICOM, но способ передачи изображения, по нашему мнению, должен быть также с использованием COM-объекта.

БЖИТСКИХ А.В., БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н.,
ЧУНАРЕВ В.Ф., ГРАЧЕВА Т.Ю.
Отделенческая больница на станции Кемерово,
г. Кемерово

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СИСТЕМА «ПАЦИЕНТ-2000» В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

В нашем учреждении в 1999 году начата собственная разработка программного комплекса с использованием недорогой компьютерной техники, но с возможностью работы в локальной сети. Программы комплекса (регистратура, профосмотры, временная нетрудоспособность, флюоротека, лаборатория, стационар и др.) проектировались по современным, в том числе Интернет-, технологиям. Они дают возможность работать с исследовательскими аппаратами, видеоизображением и т.д. Программные продукты комплекса объединены в единую информационную программу и являются частью общей информационной системы. Уровни доступа к информации между пользователями разделены. На основе научно-методических принципов создания автоматизированных систем нами была построена модель системы с определенными задачами: создание электронной истории болезни пациента с доступом к информации определенным кругам пользователей; сохранение информации о пациенте на длительное время (все время функционирования

базы данных); добавление в историю болезни сведений об исследованиях, проведенных больным по любым поводам обращений, в т.ч. текстовых и графических (фото пациента, флюороснимок, ЭКГ); получение отчетности, как статистической государственной, так и аналитической управленческой; возможность передачи сведений о пациенте по локальным и глобальным компьютерным сетям удаленным пользователям, например, с консультативной целью.

В настоящее время проходят испытание дополнения к комплексу: регистратура диагностических исследований, с возможностью записи больного на любое диагностическое исследование с выдачей талона на диагностическое исследование или в виде списка записанных на исследования, обработка которого приведет к полному учету всех посещений и подсчету заработанных средств по любому виду оплаты (ОМС, ДМС, ПМУ); комплекс справочников для диагностических исследований; реестры выполненных диагностических исследований; автоматизированные рабочие места для врачей-исследователей с использованием и контролем текстовых и графических редакторов, электронных таблиц для ввода информации; санпропускник стационара, являющийся дополнением к базовой части программного обеспечения стационара с выдачей распечатки титула истории болезни. Проектируется описательная часть истории болезни с возможностью ввода текстовых записей (осмотров, дневников, выписок и эпикризов). Все зафиксированные в истории болезни данные доступны только по уровню возможностей доступа к базе данных различных пользователей.

В конечном счете, автоматизированные диагностические и информационные технологии в рамках вычислительных сетей позволяют в полном объеме оценить результаты диагностических исследований, сократить время по принятию решения о тактике ведения больного, позволяют привлечь к принятию решения квалифицированных специалистов.

Существующие диагностические комплексы за рубежом весьма дороги и малодоступны для рядовых лечебных учреждений. Разрабатываемые нами технологии позволяют подключать к решению поставленных задач как отечественные, так и импортные диагностические аппараты путем создания оригинальных программных продуктов.

БИЧАН И.В., БРЫЗГАЛИНА С.М.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

РАБОТА ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГИСТРА САХАРНОГО ДИАБЕТА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ, КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сахарный диабет (СД) без преувеличения занимает одну из драматических страниц мировой медицины. Для решения ряда проблем в организации и развитии диабетической службы, динамического наблюдения больных, регистрации новых случаев нарушения углеводного обмена и их лечения, определения наличия и степени выраженности осложнений, а также для получения информации об обеспеченности больных сахароснижающими препаратами и средствами самоконтроля, в 2001 г. в г. Новокузнецке введена автоматизированная система Государственного регистра сахарного диабета (ГРСД).

Целью регистра явилась оценка эпидемиологической ситуации в отношении СД в одном из крупных промышленных городов Западной Сибири. В задачи регистра входила оценка качества медицинской помощи и образовательных программ для больных СД.

В базу данных внесены пофамильно все случаи СД и НТГ среди жителей города. Источником информации служила документация официальной статистики (статистический талон, амбулаторная карта поликлиники, история болезни стационара, карта снятия с учета).

За четыре года работы регистра удалось упорядочить регистрацию больных и новые случаи нарушений углеводного обмена. Количество больных в г. Новокузнецке, включенных в регистр СД, на 2004 год составило 8625 человек. Из них, 763 больных СД 1 типа, 7795 больных СД 2 типа. Детей, больных СД 1 типа – 54 чел., подростков – 34 чел.; а также 62 человека с НТГ.

Показатель распространенности СД составляет 1958,0 на 100 тыс. взрослого населения города. Распространенность диабета увеличивается с возрастом. Так, в возрастной группе 18-24 лет – 287,8 на 100 тыс. населения; 25-34 лет – 347,7; 35-44 лет –

508,08; 45-54 лет – 3002,2; 55-64 лет – 7311,8; 65-74 лет – 13501,3; 75 лет и старше – 15192,4 человек на 100 тыс. населения. Частота (заболеваемость) СД среди взрослых в 2004 г. находилась в пределах 160,6 на 100 тыс. соответствующего населения, из них СД 1 типа – 4,6 на 100 тыс., СД 2 типа – 115,7.

Динамика распространенности СД характеризуется достаточно равномерной тенденцией к росту, главным образом за счет СД 2 типа, на долю которого приходится 90 % больных. Распространенность СД 2 типа существенно возрастает среди взрослого населения в возрасте 40 лет и старше. При этом чаще болеют женщины старше 55 лет. Следует учитывать, что распространенность по обращаемости не отражает реальной ситуации в городе, т.к. фактическое число больных превышает регистрируемое. В большинстве случаев, к моменту установления диагноза (касательно СД 2 типа) длительность заболевания составляет около 7-10 лет. Не удивительно, почему при этом выявляется высокий процент сосудистых осложнений. Например, распространенность диабетической ретинопатии среди взрослых с СД 1 типа у мужчин составила 78,4 %, у женщин – 77,3 %, а при СД 2 типа – 32,7 % и 39,2 %, соответственно; диабетической нефропатии – при СД 1 типа у мужчин – 70,9 %, у женщин – 74,8 %, а при СД 2 типа – 19,6 % и 25,5 %, соответственно; диабетической сенсорной нейропатии – при СД 1 типа среди мужчин 70,9 %, среди женщин 77 %, а при СД 2 типа – 30,5 % и 32,6 %, соответственно. Значительную долю (11,9 %) составляют больные с тяжелыми исходами сосудистых осложнений: слепота у больных с 1 типом СД достигает 2,2 %, нарушения мозгового кровообращения у больных с СД 2 типа – 9,7 %.

Приведенные данные наглядно показывают социальную и экономическую важность проблемы СД. Большая социальная значимость СД состоит в том, что он приводит к ранней инвалидизации и летальности, которые обусловлены наличием поздних сосудистых осложнений: микроангиопатии (ретинопатия и нефропатии), макроангиопатии (инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей), нейропатии. Осложнения диабета являются причиной низкого качества жизни, нарушения трудоспособности и инвалидизации у большого количества больных СД. По данным регистра установлено, что инвалидность среди взрослых больных диабетом составляет 27,2 %. Из них, при СД 1 типа у мужчин инвалидность определена в 48,4 % случаев, у женщин в 54,1 %, а при СД 2 типа – в 25,6 % и 17,3 %, соответственно.

Смертность при СД занимает третье место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований. По полученным результатам проведенного анализа, за 2004 год смертность у больных СД составила 89,3 на 100 тыс. населения. Среди причин смертности на первом месте патология сердечно-сосудистой системы. При этом, ишемическая болезнь сердца была причиной смерти в 19,5 % случаев, инфаркт миокарда – в 7,5 %, инсульт – в 43,9 %.

БОНДАРЕВА Е.И., ЦЫЦОРИНА И.А.
Департамент здравоохранения Новосибирской области,
Областная клиническая больница,
г. Новосибирск

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ

На современном этапе развития здравоохранения сложившаяся система формирования медико-экономических показателей не обеспечивает достоверности, компетентности получаемых сведений и не удовлетворяет информационных потребностей пользователей. Существующие проблемы при проведении анализа и оценки деятельности учреждений здравоохранения и, в частности, в крупных многопрофильных клинических больницах, зависят от неопределенности нормативов на оказание медицинской помощи, сложности оценки (измерения) их деятельности. При этом уровень непредсказуемости результатов деятельности ЛПУ растет с увеличением сложности его структуры. Сегодня, находясь в поиске наиболее адекватной своей организации, ЛПУ регионального уровня работают в условиях жестких финансовых ограничений, что предъявляет требования к разработке четких медико-экономических критериев для оптимизации распределения ресурсов.

Вместе с тем, следует выделить ряд проблем, с которыми сталкиваются ЛПУ при создании эффективной модели системы информационного обеспечения:

- большой объем циркулирующей, в том числе и не утвержденной министерством здравоохранения и социального развития, государственным комитетом по статистике РФ, первичной учетной документации, не ориен-

тированной как на бизнес-процесс, так и на лечебно-диагностический процесс;
- использование неадекватных измерителей медицинской помощи;
- неэффективное использование современных информационных технологий и, как результат, отсутствие интегрированного варианта информационной системы, который обеспечил бы не только сбор и анализ информации, но и выработку прогнозов и планов деятельности;
- использование для оценки медико-экономической эффективности неупорядоченной по функционально-целевому принципу статистической информации руководителями разных уровней.

БОНДАРЕВА Е.И., ЦЫЦОРИНА И.А.
Департамент здравоохранения Новосибирской области,
Областная клиническая больница,
г. Новосибирск

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В КРУПНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦАХ

Для максимально эффективного использования информационных технологий в практическом здравоохранении на базе Новосибирской областной клинической больницы проводятся исследования и осуществляются разработки по следующим направлениям:
- разработка и внедрение программно-технического комплекса автоматизации деятельности, который позволит проводить формирование системы консолидированного учета медицинских услуг, оказанных из всех бюджетных и внебюджетных источников;
- проведение исследований, направленных на анализ проблем сбора и использования медико-статистической, медико-экономической информации на разных уровнях управления и в лечебно-диагностическом процессе;
- организация рационального медицинского документооборота в условиях использования современных информационных технологий.

Наиболее длительным и сложным является первое направление, поскольку предложенный инструмент для улучшения ситуации требует значительного вложения трудовых и финансовых ресурсов.

Одним из ключевых звеньев в комплексе мероприятий по созданию интегрированной информационной системы является организация рационального медицинского документооборота, так как основой системы информационного обеспечения является «качество» исходной информации.

Для получения «качественного» набора оценочных характеристик, в 2002 году был разработан универсальный учетный документ – формализованная медицинская карта стационарного больного (ФМКСБ), в соответствии с общепринятыми принципами разработки медицинской технологической документации (универсальность, простота, приемлемость).

В результате проведенных преобразований унификации терминов, формализации разделов, включения существенных дополнительных признаков, рационального расположения разделов, медицинские работники получили возможность заполнять только формализованный технологический документ (ФМКСБ), а статистики – вносить учетные признаки в электронную базу данных непосредственно из ФМКСБ.

И это имеет принципиальное значение по следующим причинам:
- это позволяет отказаться от ручного заполнения «Статистической карты выбывшего из стационара» (учетная форма № 066/у) и другой медицинской документации, при необходимости ее можно получить в автоматическом режиме, что сокращает затраты времени на заполнение первичной учетной документации и сохраняет «полезное» рабочее время;
- значительно уменьшается вероятность искажения статистических сведений.

Эксплуатация ФМКСБ открывает реальную возможность кардинального изменения сложившегося медицинского документооборота, а именно, исключения из него медицинской документации, которая является производной от ФМКСБ, при наличии внутрибольничной информационной системы со всеми средствами ввода, накопления, хранения и обеспечении сохранности информации в объеме, равном или превышающем регламентированный для региональных клинических больниц объем учетно-отчетной документации.

БЫКАДОРОВА О.Л., СТЕПАНОВ В.В., МИРОНОВА Г.Ф.,
ХОПТЯН Д.А., ВОРОНИНА Э.У., КОЖЕВНИКОВА Е.Г.
Новосибирская областная клиническая больница,
г. Новосибирск

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

В настоящее время поставлены новые задачи по оказанию специализированной медицинской помощи новорожденным детям. В этой связи в структуре областного перинатального центра (ОПЦ) Областной клинической больницы был организован отдел клинической неонатологии (ОКН): отделение новорожденных родильного дома, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделение патологии новорожденных, пост новорожденных отделения раннего возраста.

ОКН – функциональное объединение, которое входит в состав 3-х клиник – акушерско-гинекологической, педиатрической и реанимационно-анестезиологической. Цель объединения структурных подразделений – обеспечение единой методической структуры и технологии для улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи новорожденным.

Ежегодно растет плановая госпитализация беременных из группы высокого перинатального риска («Д» группа) в ОПЦ, и в родильном доме увеличивается общее количество новорожденных, в том числе недоношенных. В последние годы, благодаря ряду организационных мероприятий (открытие отделения патологии новорожденных, организация ОПЦ, формирование ОКН), в больнице сохраняется тенденция к снижению показателей РНС новорожденных (2002 г. – 5,7; 2003 г – 2,4; 2004 г. – 2,4; 6 месяцев 2005 г. – 1,9 случаев на 1000 новорожденных), изменяется структура РНС. За I полугодие 2005 г. все умершие дети имели ВПР, несовместимые с жизнью.

По «Д» группе беременных так же следует отметить положительную динамику (2002 г. – 8; 2003 г. – 7,9; 2004 г. – 5,6; 6 мес. 2005 г. – 5,1 на 1000). Однако структура РНС имеет отличия. Дети погибали не только от ВПР, но и от пневмопатий, ВУИ и асфиксии, т.е. от «управляемых современными медицинскими технологиями» причин. При активном участии кафедр НГМА, в ОКН ОПЦ проводилась антенатальная подготовка плода у беременных из группы высокого перинатального риска с СЗРП, ВПР, ГБН, профилактика RDS у недоношенных детей.

Были отработаны алгоритмы ведения новорожденных с патологическими желтухами, ЗВУР, ВПР. Начато использование внутривенных иммуноглобулинов при лечении ГБН. Проводилась дыхательная поддержка новорожденных детей в режиме MCPAP, HCPAP, как альтернатива ИВЛ, с целью профилактики осложнений кислородотерапии и уменьшения продолжительности ИВЛ, сурфактант-терапия с целью снижения тяжести RDS у глубоко недоношенных детей, увеличения их выживаемости (летальность без введения сурфактанта – 66,7 %, при использовании сурфактанта – 40 %).

Успешно использовалась небулизация ингаляционных топических кортикостероидов (пульмикорт), эффективная при лечении БЛД. Применялись программы сбалансированного ПЭП. Внедрены современные технологии выхаживания недоношенных детей с использованием нейро-ортопедических укладок по методике «лечение положением тела». Эффективно использовался рекомбинантный человеческий эритропоэтин (эпокрин) для коррекции анемий у недоношенных детей. Отработана методика раннего энтерального питания (интестинальное питание) у новорожденных хирургического профиля.

Учитывая положительные результаты, полученные при организации ОПЦ, затем в его структуре ОКН, необходимо расширять организационную структуру с учетом высокой потребности в койках, специалистах, современных технологиях всех нуждающихся новорожденных Новосибирской области.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ. РОЛЬ МЕНЕДЖЕРА ПРИЕМНОГО ПОКОЯ

Приемное отделение развернуто на первом этаже терапевтического корпуса и имеет удобную систему организации. На сегодня площадь отделения составляет 637 м^2. Это позволило выделить отдельный кабинет для каждого специалиста (всего шесть кабинетов), отделить регистратуру – теперь пациенты, поступающие на плановую госпитализацию, попадают напрямую в отделение, минуя основной комплекс приемного отделения, где осуществляется прием экстренных больных. В каждом кабинете с врачом работает медсестра.

В отделении имеются две палаты, в которых развернуто 10 коек для больных, поступающих по экстренной службе, но не нуждающихся в экстренном оперативном вмешательстве, а также для динамического наблюдения пациентов. В палате работает медсестра, которая ведет постоянное наблюдение, выполняет назначения врача и осуществляет уход за пациентами. Пациент может находиться на диагностической койке до 3-х суток, он проводится по движению за отделением, лечение осуществляется под контролем врача того отделения, за которым он проведен.

Приемное отделение располагает прекрасной базой диагностических отделений и вспомогательных служб. В отделении имеется просторный манипуляционный кабинет, где проводятся ПХО ран, блокады, пункции, инъекции. Каждый кабинет оборудован согласно профилю службы. В приемном отделении хранятся набор медикаментов и запас растворов на случай массового поступления больных. Во всех кабинетах проведена централизованная подводка кислорода и вакуум экспирации. Имеем удобный санитарный блок, бытовую комнату, раздевалки для персонала, камеру хранения вещей, куда сдаются на хранение вещи поступивших пациентов.

В приемном отделении нет не дежурных дней. Особенно напряженная работа идет по вторникам, пятницам и субботам, когда дежурят все службы больницы и общее поступление больных доходит до 200 человек в сутки. В эти дни бригады дежурных врачей и сестер усилены, а руководит работой дежурного персонала менеджер приемного отделения. Менеджером приемного отделения назначаются старшие медицинские сестры с повышенным или высшим сестринским и психологическим образованием, обладающие организаторскими способностями. Во время дежурства она, по сути, является вторым человеком в больнице после ответственного дежурного врача. Для менеджера главным является способность осуществлять руководство, т.е. формулировать цели и организовывать людей на достижение целей, создавая необходимые стимулы. Для решения этой задачи требуется определенный организаторский талант, навыки психологии общения и управления. Менеджер решает все организационные вопросы работы отделения, регулирует потоки поступающих больных, управляет действиями персонала, совместно с ответственным дежурным врачом организовывает перетранспортировку пациентов в другие ЛПУ города или доставку домой. В своей работе руководствуется нормативными документами, приказами и распоряжениями главного врача больницы, должностной инструкцией и морально-этическим кодексом больницы. Проводит анкетный опрос пациентов с анализом и отчетом на конференции. Анализ анкетных данных показал, что по сравнению с 2003 годом удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в приемном отделении значительно возросла.

Для сравнения. В 2003 году мы получили 7 % отрицательных анкет, в 2004 г. – 3 %, за тот же период 2005 года (после введения должности менеджера) – 0 %. Кроме того, теперь мы получаем много добрых пожеланий. Многие пациенты оценили внимание и заботу, которыми их окружают, у них появилась уверенность в том, что их проблемы будут решены, что про них не забудут.

Должность менеджера приемного отделения введена относительно недавно, с февраля 2005 года, но мы уже имеем положительные результаты: практически исключены необоснованные задержки пациентов на диагностическом этапе. Если есть необходимость в обследовании или наблюдении, которое длится продолжительное время, менеджер объясняет пациентам и их родственникам, с какой целью оно назначено и сколько времени это займет. Таким образом, предупреждаются конфликтные ситуации в работе приемного отделения, и облегчается работа дежурного персонала.

С введением должности менеджера, безусловно, появился еще один важный момент – вырос авторитет медицинской сестры. Это особенно важно для медицинских сестер, получивших высшее образование по специальности «Медицинская сестра-менеджер». Ведь старшая медицинская сестра-менеджер находится на одном уровне с врачом. Конечно, возрастает и ответственность, но

ведь именно для того, чтобы улучшить качество медицинской помощи и повышения престижа своей профессии медицинские сестры получают высшее образование.

ВИНОГРАДОВ А.З., АНДРИЕВСКИЙ Б.П.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

СЕТЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Одним из центральных вопросов обеспечения эффективности управленческих решений является научно обоснованное планирование процессов подготовки, выработки и реализации решений, включая возможность их оперативной коррекции. В практике здравоохранения планирование этого процесса, как правило, осуществляется в форме обычных планов (линейная форма) с указанием содержания работ, их исполнителей и сроков выполнения. Такая форма страдает рядом существенных недостатков и нуждается в совершенствовании.

На кафедре социальной медицины, экономики и управления здравоохранением НГИУВа в течение ряда лет проводится научная работа по совершенствованию методов сетевого планирования и управления и, в частности, по созданию сетевых матриц и их использованию в системе решений.

Сетевая матрица, описывая графически отдельные технологически взаимосвязанные операции и их конкретные цели-результаты, позволяет экспериментально «проиграть» тот или иной вариант решения, прогнозировать достижение как промежуточных, так и конечного результатов, глубже проанализировать значение и место каждой отдельной операции в общем комплексе процедур, направленных на достижение предполагаемой цели и, на этой основе сформировать план выработки и реализации решения.

Сетевая матрица должна отвечать требованиям адекватности моделируемому процессу и чутко реагировать на все предстоящие изменения в процессе разработки, что позволяет заранее обнаруживать узкие места и своевременно принимать меры для их устранения. Анализ полученного материала позволил установить: 1) характеристику существующих методов планирования и учета, в котором нашли отражение методика составления месячных и годовых планов, формы оперативного учета и использование их для анализа деятельности учреждений здравоохранения; 2) организационную структуру системы здравоохранения города (число ступеней иерархии управления, их взаимосвязь по вертикали и горизонтали); 3) функционирование системы управления: перечень, порядок и периодичность выполнения функций управления по каждому подразделению и отдельным должностным лицам; количество занятых людей при выполнении функций, их образование, должность, оклады; время, затрачиваемое работниками на выполнение функций и отдельных видов работ; существующие технические средства, применяемые в учреждениях для выполнения отдельных операций; имеющиеся должностные инструкции и различного рода положения о правах и обязанностях подразделений и отдельных должностных лиц.

Основные направления на дальнейшее улучшение информационного обеспечения в системе городского здравоохранения подразделялись на две группы. В первую включались рекомендации, реализация которых не требует ЭВТ и средств автоматизации. Во вторую группу входили предложения, требовавшие внедрения средств автоматизированного управления и электронно-вычислительных устройств.

В заключение необходимо отметить, что использование сетевых матриц для моделирования процесса подготовки, принятия и реализации решений и использование математического аппарата позволяет активно внедрять в этот сложный процесс управления электронно-вычислительную технику, что неизмеримо повышает эффективность не только процесса управления, но и всего общественного производства.

ГРИБОВА Е.М., КОВАЛКИНА О.А., КОВАЛЕНКО А.В., ХАЛИМОВ Ю.Н.
МУЗ Городская больница № 11,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ БЛОКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

С начала 2000 г. на базе неврологического отделения Больницы № 11 организовано специализированное отделение для лечения больных с нарушением мозгового кровообращения, рассчитанное на 60 коек. Основной структурной единицей отделения является блок интенсивной терапии, состоящий из 2-х палат на 8 коек и помещения, где находится круглосуточный пост врача-невролога, 2-х палатных медицинских сестер и младшей медицинской сестры по уходу за больными.

При наступлении обширного или прогрессирующего инфаркта мозга, а также для большинства больных с геморрагическими инсультами, в первые несколько дней после инсульта показано лечение в БИТе, при этом обеспечиваются постоянное мониторирование жизненно важных функций организма, постоянная инфузионная терапия, ранняя реабилитация больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За время существования блока интенсивной терапии было пролечено около 2-х тысяч больных (350-370 человек в год).

Среди пациентов представлены следующие нозологические группы: ишемический инсульт – 81,2 %, геморрагический инсульт – 11,5 %, субарахноидальное кровоизлияние – 7,3 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За предыдущие годы средние показатели летальности по сосудистым заболеваниям головного мозга, по данным нашего отделения, составили:

За период с 1998 года по 2000 год:
- геморрагический инсульт – 70,3 %,
- ишемический инсульт – 16,4 %,
- общая летальность по инсультам – 22,7 %.

За период с 2001 года по 2003 год:
- геморрагический инсульт – 47,2 %,
- ишемический инсульт – 15 %,
- общая летальность по инсультам – 21,6 %.

С внедрением в работу отделения блока интенсивной терапии отмечено снижение процента летальности, преимущественно у пациентов с геморрагическими инсультами, выявлено также снижение средних сроков пребывания больных в стационаре, что указывает на более высокое качество лечения больных с ОНМК.

ЗАЙЦЕВА В.Ю., МИХАЙЛОВА И.А., ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Вина и ответственность врача, прежде всего, связана с уровнем его компетентности и его организацией в выполнении работы, которая отражается в ведении медицинской документации. Вопрос о вине и ответственности врача за вред, причиненный больному, не только чрезвычайно сложен, но фактически не решен в нашем законодательстве. Ответственность медицинских работников может наступить по уголовному и гражданскому законодательству.

Разнообразие форм оказания медицинской помощи требует поставить на более высокий уровень правовую грамотность медработников, так как недостижение ожидаемого пациентом результата при лечении нередко является основанием для привлечения их к ответственности, хотя недостижение желаемого результата и виновное нарушение прав пациента не совпадают, и их следует различать. Анализ имеющихся законов России показывает дисбаланс прав и обязанностей разных субъектов медицинских правоотношений, что и обеспечивает возникновение медико-правовых коллизий. Поэтому знание прав, обязанностей и своей ответственности должно быть основой профессиональной деятельности медработников. Правовые знания, необходимость выполнения законов и других правовых актов, соблюдение достаточной осмотрительности при оказании медицинской помощи являются гарантией защиты от правовых ошибок и наступления ответственности.

Среди вопросов следствия и суда в случае возникновения иска, как правило, стоит вопрос о том,

были ли нарушены какие-либо инструкции. По некоторым вопросам Министерство здравоохранения издает методические рекомендации. Но исполнять либо не исполнять рекомендации, каждый решает сам, и они к исполнению не обязательны, а стандартов диагностики и тактики, которые существуют во всем мире, у нас нет. Согласно ст. 30 Основ ..., пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны персонала ЛПУ (лечебно-профилактическое учреждение); выбор врача и ЛПУ; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; облегчение боли; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью; о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (ст. 61 Основ...); информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и т.д. То есть, закон требует согласия больного на все, что с ним делают (или не делают!). Но это должно быть «информированное согласие». То есть, должно быть ясно, что больной полностью осознает все возможные последствия своего согласия (несогласия).

Добровольность согласия пациента на вмешательство означает отсутствие какого-либо давления в момент принятия решения, а также возможность отзыва своего согласия в любое время. На практике приходится сталкиваться с тем, что больной или родственники, даже написав «не согласен» или «согласен», затем предъявляют претензии, ссылаясь на недостаточную осведомленность. И в этом есть значительная доля правды. Поэтому мы разработали для каждой службы (хирургия, терапия, акушерство и гинекология) формы информированного согласия на различные виды диагностики и лечения, утвержденные администрацией больницы.

Врач каждый раз, выбирая способы диагностики, как и способы лечения, обязан оценить их инвазивность, информативность и даже стоимость. Следует подчеркнуть, что и для врача этот документ является еще одним напоминанием, что и как он должен делать, и текст информированного согласия накладывает на него определенную ответственность. Врач должен быть не только профессионально и юридически грамотным, внимательным, должен не только правильно интерпретировать симптомы, оценивать возможные осложнения и риски, но и документировать их. Он должен уметь информировать больного обо всех возможных неожиданностях, быть готовым нести ответственность за свои промахи и, как член профессиональной ассоциации, должен опираться на нее, отстаивая свои права.

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

СВЯЗИ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Медицинские услуги, предоставляемые пациентам в различных медицинских учреждениях, стали неотъемлемой частью рыночных отношений, что привело к возникновению и развитию рынка медицинских услуг. В связи с развитием рыночных отношений, возрастает роль маркетинга в медицине. Говоря о маркетинге, имеем в виду медико-социальный маркетинг – это вид деятельности на рынке охраны здоровья, направленный на удовлетворение потребностей населения в здоровье посредством предложения соответствующих МУ (Д. Кича, М. Ликстанов, 2000). Одной из основных составляющих комплекса маркетинговых коммуникаций являются связи с общественностью (как внешней, так и внутренней).

Работа с внешней общественностью в Городской клинической больнице № 3 ориентирована на установление доверительных отношений, расширение влияния, рост репутации, предотвращение конфликтов. В этой области, направленной на формирование и поддержание позитивного образа больницы, работа строится по нескольким направлениям:

- информационная деятельность (выступления по телевидению, на радио, создание передач о деятельности больницы, новостные сюжеты, материалы в печатных СМИ, сайт больницы – первый в области сайт ЛПУ);
- реклама (сувенирная продукция, имиджевые статьи в газетах, информационные буклеты и брошюры с информацией об услугах, рекламные материалы, наружная реклама);
- сейлз-промоушл (стимулирование сбыта);
- личное продвижение;
- мониторинг общественного мнения.

В работе с общественностью не забываем и о сотрудниках, ведь персонал – это один из факторов конкурентоспособности любой компании. Мнения и поведение персонала в значительной

степени определяют успех организации, ее жизнеспособность. Причем, коллектив – это не просто одна из групп общественности. Это еще и посредник, через которого общественность получает дополнительную информацию о больнице.

В работе с коллективом мы ставили перед собой две задачи: создание эффективных коммуникаций со служащими и формирование корпоративной культуры. Для этого в больнице созданы Философия ГКБ № 3, Свод этических правил; выпускается корпоративная газета «Больничный городок», проводятся анкетирование и опросы сотрудников; ежегодно вручаются почетные знаки «За вклад в развитие больницы», «Золотой конь»; проводятся конкурсы, организуются корпоративные праздники, выезды заведующих на выставку в Новосибирск, поездки на природу сотрудников больницы и др. Все эти мероприятия направлены на улучшение психологического климата в коллективе, непрерывность и систематичность контактов.

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

СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РАЗВИТИЯ БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ

В конце 50-х годов, с открытием новых отделений Центральной городской клинической больницы (травматологического, ортопедического, терапевтического, хирургического, неврологического и других), также были созданы и новые специализированные подразделения и службы больницы. В 1959 году на базе ЦГКБ была организована больничная аптека численностью 12 человек. Заведующим был назначен Н.С. Емельянов.

В момент образования аптека была организована как производственная, в функции которой входило изготовление лекарственных форм для всей больницы. Ассортимент производимых лекарственных форм был широкий, большую часть представляли порошки, микстуры, мази и стерильные растворы (до 500 флаконов в день).

В 1964 году в аптеке произошло разделение на два отдела: рецептурно-производственный, с функцией изготовления лекарственных форм и отпуском наркотических средств, и отдел запасов, основная функция которого заключалась в обеспечении отделений больницы готовыми лекарственными формами, перевязочными средствами, спиртом этиловым. Одновременно штат аптеки увеличился до 21 сотрудника.

За все время работы аптеки ее возглавляли провизоры Анатолий Емельянович Прима (1964-1971 гг.), Геннадий Георгиевич Осипов (1971-1981 гг.). За время работы последнего в аптеке была внедрена вакуумная установка по разливу стерильных растворов, что увеличило производительность труда в 3 раза. Более 20 лет отработала в отделе запасов аптеки фармацевт Зинаида Ивановна Веретенникова. С 1981 по 1990 гг. заведующим был В.Л. Краковский, с 1990 по 2002 гг. – В.В. Аксенова.

С расширением МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, увеличился объем закупаемых медикаментов и изготовляемых лекарственных форм, уменьшилось число порошков, прекратили готовить мази и микстуры, увеличили производство стерильных растворов для инфузий. С 11000 до 35200 флаконов в месяц. Эта цифра не является конечной, учитывая постоянное увеличение роста спроса на растворы глюкозы и изотонического раствора натрия хлорида. Для увеличения производительности аптеке были необходимы дополнительные площади и оборудование.

Сегодня аптека – это мощное структурное подразделение больницы, которое наделено функциями снабжения, производства, обучения студентов фармацевтического факультета медицинской академии, так как является базой производственной практики студентов (ежегодно обучаются 11-17 человек). В аптеке работают 18 специалистов – 7 провизоров, 3 фармацевта, 4 фасовщика и 4 санитарки.

Ежегодно сотрудники аптеки принимают участие в выставках, семинарах, съездах, проводимых Министерством здравоохранения, фармацевтическими фирмами и организациями. Это позволяет использовать полученные знания непосредственно в работе и успешно, совместно с врачами больницы, решать новые задачи по оказанию пациентам больницы качественной современной медицинской помощи.

КИЧА Д.И., БРЕУСОВ А.В. ЛИКСТАНОВ М. И.
Российский Университет дружбы народов,
г. Москва,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА

Здравоохранение – это сложная социально-экономическая система и специфическая отрасль народного хозяйства, призванная обеспечивать реализацию важнейшего социального принципа – сохранения и улучшения здоровья граждан, оказания им высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи. В эпоху радикальных перемен, реформирования всей системы здравоохранения стоящие перед органами управления и лечебно-профилактическими учреждениями задачи повышения качества и эффективности медицинской помощи требуют постоянного поиска путей решения данной проблемы.

Большое значение в этом плане в настоящее время придается разработке стандартов медицинской помощи, однако отношение к ним неоднозначное. Многие авторы (Стародубов В.И., Щепин О.П., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И., Кучеренко В.З. и др.) отмечают необходимость очень осторожно использовать данные стандарты, поскольку при этом могут нивелироваться индивидуальный подход к больному, недоучитываться его состояние, особенности течения заболевания, не всегда оптимально использоваться материальные и кадровые ресурсы, снижаться творческая активность медицинских работников, инновационная деятельность в учреждениях. А нередко стандарты, являющиеся новшеством в определенной отрасли здравоохранения, зачастую скоро становятся «потолком», за пределы которого не хотят выходить медицинские работники.

Очевидно, говоря о процессе стандартизации, следует учитывать, что эффективность медицинской помощи зависит от многих факторов. Следовательно, и стандарты могут разрабатываться для различных элементов, ее определяющих. Если исходить из самого понятия эффективности, представляющей собой характеристику какого-либо объекта, отражающую соотношение достигнутых результатов и произведенных затрат, то уже можно вести речь о стандартах результатов и затрат.

Под результатами при оказании медицинской помощи, в зависимости от оцениваемого объекта, могут подразумеваться динамика состояния пациентов (для лечебно-диагностического процесса), состояние здоровья определенных контингентов, трудовой потенциал (при оценке диспансеризации, комплексных профилактических программ), которые, в свою очередь, определяются влиянием целого ряда факторов, или же такой субъективный критерий, вряд ли поддающийся стандартизации, как удовлетворенность потребителя, которым могут быть пациент, врач, назначивший какие-либо исследования, консультации и т.д.

Затраты, связанные с оказанием медицинской помощи, отражают степень использования материальных и кадровых ресурсов и определяют, по существу, ее стоимость. Казалось бы, в таком случае в качестве стандартов можно рассматривать тарифы на медицинские услуги. Но, учитывая, что размер тарифов также может зависеть от целого ряда объективных факторов, наверное, целесообразно говорить о стандартизации методик ценообразования, а не о самой цене.

Эффективность медицинской помощи определяется, прежде всего, выбором медицинских технологий и их соблюдением или качеством медицинской помощи, которая, в свою очередь, зависит от уровня качества медицинских кадров, включающего их квалификацию, добросовестность, соблюдение принципов этики и деонтологии. Существенное влияние на выбор и соблюдение технологий могут оказывать обеспеченность материальными и кадровыми ресурсами, наличие соответствующих организационных форм, а также исходное состояние пациента, его поведенческие установки, медицинская и социальная активность, выполнение им соответствующих назначений и т.д., хотя и здесь многое зависит от деятельности медицинского персонала, его умения оказать на больного определенное влияние.

Следовательно, при разработке и внедрении в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений стандартов нужно рассматривать и такие элементы, как медицинские кадры, ресурсное обеспечение, организационные формы оказания медицинской помощи.

Большое значение в решении этих вопросов имеет деятельность системы лицензирования медицинских учреждений и сертификации специалистов, подразумевающая необходимость соответствия вышеупомянутых элементов определенным требованиям или стандартам, стандартизация оборудования, лекарственных средств, изделий медицинского назначения и т.д.

При решении вопросов повышения эффективности медицинской помощи следует, очевидно,

учитывать и еще один аспект. В настоящее время возможность повышения эффективности определяется, прежде всего, поиском ресурсосберегающих технологий, направленных на более экономное использование имеющихся ресурсов. В то же время, возможен и другой путь – достижение более высоких результатов, который может потребовать вложения дополнительных средств, зарабатываемых в основном за счет оказания платных медицинских услуг.

КОЛПИНСКИЙ Г.И., ВАЙМАН Е.Ф., БЖИТСКИХ А.В.,
БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н.
МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр,
г. Кемерово

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ «ПАЦИЕНТ-2000» В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

На базе компьютерного комплекса «Пациент-2000» нами разработано программное обеспечение для учета работы диагностического центра. Составные продукты комплекса работают в единой информационной программе и являются частью общей информационной системы, направленной на автоматизацию рутинной бумажной технологии с возможностью ускоренного обмена информацией между пользователями локальных и глобальной сетей, длительного хранения информации в электронном архиве, быстрого доступа к ней и передачи ее на расстояние, создание статистической и аналитической отчетности.

Задачи, решенные нами в процессе внедрения программного обеспечения:

1. Регистрация диагностических исследований с возможностью записи больного на любое диагностическое исследование на любой день года. Ведение расписания работы каждого кабинета диагностического центра через систему справочников.
2. Выдача специального талона на диагностическое исследование, обработка которого приводит к полному учету всех посещений и подсчету заработанных средств по любому виду оплаты (ОМС, ДМС, ПМУ, бюджет).
3. Обработка талонов на диагностические исследования с возможностью исправлений допущенных ошибок при выдаче талонов.
4. Производство реестров выполненных диагностических исследований для страховых компаний.
5. Автоматизированные рабочие места для врачей-исследователей с использованием и контролем текстовых редакторов и электронных таблиц для ввода информации (записей о проведенных исследованиях, протоколах). Все данные протоколов хранятся в базе данных и доступны в любое время. Кроме того, протоколы могут содержать и графическую информацию. Все зафиксированные данные доступны только по уровню возможностей доступа к базе данных различных пользователей.

В конечном счете, автоматизированные диагностические и информационные технологии в рамках вычислительных сетей позволяют в полном объеме оценить результаты диагностических исследований, сократить время по принятию решения о тактике ведения больного, позволяют привлечь к принятию решения квалифицированных специалистов.

Программные продукты, разработанные в нашем учреждении, позволили в большинстве случаев решить проблемы рутинного труда медицинских работников, улучшить документооборот и качество выходных документов, более точно провести учет всех исследований, сократить очереди пациентов и получать более достоверную информацию о результатах исследований.

КОМКОВ А.Р., ЧЕРНОБАЙ Н.А., ШЕВЕЛЕВА Т.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2,
СК Бивита,
г. Кемерово

ДОРОГОСТОЯЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В КРЕДИТ

Экономическое состояние областного здравоохранения пока не является адекватным. В этих условиях напрашивается необходимость комбинирования традиционных методов финансирования с нетрадиционными подходами.

Цель, которая была поставлена – расширить возможность лечения пациентов по новым технологиям сверх базовой программы ОМС.

Эти меры должны отвечать следующим требованиям: 1) наши действия должны быть, несомненно, законными, 2) полностью соответствовать нормам морали, 3) иметь благородный характер, 4) планируемые финансовые инновации должны применяться во всем мире и не выглядеть доморощенными.

Где искать дополнительное финансирование? Существуют два типа простых решений, и оба они недостаточны. Первое имеет предельно общий, а второе – предельно индивидуальный характер; они – как полюса, между которыми должен располагаться еще целый спектр возможностей.

Общегосударственные решения: расширять базу страховых взносов, увеличивать расходы бюджета на здравоохранение. Эти решения слишком глобальны, чтобы реализовываться быстро. Они не зависят от того, насколько хорошо работают специалисты в конкретной больнице. Но и благосостояние специалистов в конкретной больнице также не особенно зависит от качества их работы.

Организационные решения на локальном уровне. В нашей больнице уже несколько лет существуют источники внебюджетного поступления финансов. Система платных услуг, система ДМС. Все эти источники дополнительного финансирования необходимо совершенствовать в части ценообразования, выбора страховых компаний, инвестиций и авансирования. Для решения вопроса доступности высокотехнологичного лечения, а также увеличения внебюджетных доходов нами и СК «Бивита» внедрено «лечение в рассрочку». Лечение в кредит является одним из самых распространенных в развитых странах видов потребительского кредитования. Особенно если речь идет о таких дорогостоящих и не имеющих непосредственного отношения к вопросу жизни и смерти видах лечения, как ортопедическое лечение или операции, выполняемые в плановом порядке.

В начале 2004 года нами внедрена система «лечебного кредитования» в травматолого-ортопедическом отделении. На данный момент предложенная «схема доступности» дорогостоящего лечения отработана. Лечением в рассрочку воспользовались 38 пациентов. В основном, для проведения различных видов остеосинтеза современными имплантатами и эндопротезирования тазобедренного сустава.

Изучив условия кредитования у различных организаций, мы предложили нашим пациентам наиболее привлекательное лечение в рассрочку. Значительно упрощена схема предоставления документов, кредит оформляется в сроки 1-3 дня без первоначального взноса. Сумма кредита равна предлагаемой медицинской услуге, которая определяется после медицинского осмотра. После уведомления отделения, что кредит оформлен, пациент получает в полном объеме необходимую медицинскую помощь. Оплата производится страховой компанией в течение пяти банковских дней. Больница предоставляет качественную медицинскую помощь на современном уровне, а финансовые взаимоотношения остаются между пациентом и страховой компанией.

Такая инновация позволила нам предоставлять современную медицинскую помощь широким слоям населения: бюджетникам, пенсионерам, малообеспеченным людям, а также расширить возможность получения дополнительных финансов.

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

ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В УСЛОВИЯХ ЧАСТИЧНОГО ФОНДОДЕРЖАНИЯ

Проводимые в стране изменения системы здравоохранения проходят 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 г. Междуреченска организованы и успешно работают 5 общих врачебных практик, с количеством прикрепленного населения 24953 человек, где трудятся 12 врачей и 27 средних медработника.

Одной из основных задач ОВП является обеспечение экономической эффективности за счет более экономного расходования материальных ресурсов, рационального использования кадров, обучение 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 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.

Из 100 % общего подушевого норматива, принятого на территории по Муниципальному заказу, на амбулаторно-поликлиническую помощь приходится 38,4 %. Специализированные виды помощи из общего подушевого норматива исключаются 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 населения. 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 2-х параметров: 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 %; 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 2-х источников: средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и средств бюджета.

Расходы покрываются из средств ОМС (обеспечивают 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)») и бюджетных ассигнований от администрации города, которые 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 параклинических исследований). 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, 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 (приобретение расходных материалов, средств экспресс-диагностики), а также изменить принцип оплаты труда: производить дополнительное материальное стимулирование медицинского персонала. Оплата труда медицинского персонала за последние 3 года возросла.

КОТОВ Е.Н.
СМО Городская больничная касса «Кемерово»,
г. Кемерово

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ЛПУ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Насущной необходимостью и обязанностью системы страховой медицины является стимулирование качества оказания медицинской помощи населению. В современных условиях постоянного качественного роста медицинских технологий страховая медицина должна соответствовать постоянно растущим требованиям к качеству оказания медицинской помощи и являться флагманом развития и поддержки высокотехнологичных и ресурсосберегающих видов медицинской помощи.

Социально-экономические условия в Кузбассе за последние годы создали предпосылки для бурного развития рынка качества медицинских услуг с использованием как мирового опыта, так и российских достижений. Протезирование крупных суставов, лечение дорогостоящими медикаментами, современные дорогостоящие методы диагностики, малоинвазивные виды оперативных вмешательств, в силу своей высокой эффективности, прочно заняли место на рынке медицинских услуг, постепенно вошли в общепринятую медицинскую практику и воспринимаются населением как нечто обыденное. В то же время, ограниченные объемы финансирования бюджета и системы ОМС не позволяют использовать эти методы так широко, как хотелось бы. Медико-экономическая эффективность – аспект, постепенно и прочно входящий в менеджмент лечебных учреждений и субъектов-финансистов системы ОМС: страховых компаний, фондов ОМС и др.

Именно это, наряду с принципами социального гуманизма, позволяет рационально использовать лимитированные финансовые средства. В последние годы произошло значительное увеличение количества предлагаемых методик лечения, а также возросла потребность в них населения – в силу большей информированности, повышения уровня требований и ожиданий. Однако, в связи с новизной этих медицинских услуг, потребители часто не способны адекватно оценить их эффективность (зачастую происходит занижение или завышение субъективной оценки). В этой связи роль координаторов медицинской помощи (от врачей общей врачебной практики до страховых медицинских организаций) значительно возрастает.

В настоящее время много внимания уделяется развитию центров амбулаторной хирургии, как ресурсосберегающим видам медицинской помощи. Результаты и анализ работы, проделанной ЛПУ и организаторами здравоохранения в этой отрасли, позволяют судить о ее несомненной практической эффективности. Длительный опыт работы центров амбулаторной хирургии в г. Кемерово дает опыт, материал для анализа и предпосылки для дальнейшего развития и совершенствования данного вида медицинской помощи. Возрастание роли рыночных взаимоотношений между ЛПУ и страховыми медицинскими организациями дало мощнейший стимул для развития этой отрасли, стали действенными механизмы, созданные изначально априори, растет осознание действенности механизмов оплаты медицинскими страховыми компаниями услуг ЛПУ данного профиля. Яркий пример этого являют собой некоторые типы оперативных вмешательств, внедренные на базе МУЗ Клинической поликлиники № 5, МУЗ ГБ № 1 г. Кемерово, ранее проводившиеся исключительно на стационарном этапе лечения.

Дальнейшее развитие этой отрасли, обучение персонала, привлечение высоко квалифицированных специалистов, расширение типов оперативных вмешательств, перенос акцентов экономического стимулирования страховыми организациями в сторону «высокотехнологичности» и повышения степени сложности оперативных вмешательств – дальнейший путь развития этой, несомненно, перспективной отрасли. Внедрение протоколов ведения больных, развитие материально-технической базы, централизация амбулаторно-хирургической службы, активное регулирование потоков хирургических больных, глубокий медико-экономический анализ – методы, позволяющие компаниям, работающим в системе ОМС, увеличить эффективность и доступность медицинской помощи населению уже сегодня.

КРАСНОВА Н.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2,
г. Кемерово

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Городская клиническая больница № 2 г. Кемерово является многопрофильным учреждением. На ее базе развернуто 476 коек, из них 68 детских. Стационар представлен 5 отделениями хирургического профиля: общей хирургией, урологией, травматологией, гинекологией, областным ожоговым центром. Самостоятельными блоками являются родильный дом № 3, терапевтический и педиатрический стационары. Амбулаторное звено представлено поликлиникой для взрослых (прикреплено 36136 человек), женской консультацией, травматологическим пунктом. На базе поликлиники и женской консультации развернуты 40 коек дневного стационара. Детская поликлиника обслуживает более 11 тыс. населения. Пациенты всех структурных подразделений больницы нуждаются в УЗИ.

До 2000 года врачи ультразвуковой диагностики, работающие в стационаре, входили в состав отделения лучевой диагностики, а кабинеты УЗИ родильного дома, женской консультации и детской больницы входили в соответствующие подразделения. Возрастающие потребности в ультразвуковых исследованиях, вопросы приобретения оборудования продиктовали необходимость объединения всех кабинетов УЗИ. В марте 2000 г. в МУЗ ГКБ № 2 создано отделение ультразвуковой диагностики.

Существует мнение, что условное разделение врачей ультразвуковой диагностики на более «узких» специалистов позволяет повысить качество исследований. К примеру, в России существует самостоятельная ассоциация врачей ультразвуковой диагностики в акушерстве, гинекологии и перинатологии. В узко специализированных учреждениях такое «разделение» специальности, возможно, и оправдано. Однако в многопрофильной больнице, такой как МУЗ ГКБ № 2, такая ситуация недопустима. Многоплановость исследований, необходимость знания анатомии, многих вопросов в терапии, хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии повлекли за собой необходимость в обучении персонала. В настоящее время врачи отделения владеют всеми методами исследований (в рамках возможностей имеющегося оборудования). Это позволяет работать по системе чередования, обеспечивать взаимозаменяемость. Это особенно важно в условиях оказания экстренной помощи, когда врачу ультразвуковой диагностики приходится сталкиваться с различными ситуациями.

В настоящее время врачи-клиницисты нуждаются в расширении диапазона ультразвуковых исследований. Если в недавнем прошлом ограничивались только исследованиями, в настоящее время одного этого недостаточно. Возрастает потребность в проведении малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ, таких как лечебные и диагностические пункции, дренирования, биопсии, количество которых ежегодно растет. Возрастает необходимость проведения УЗИ у травматологических больных, а эффективность УЗИ в диагностике артритов и артроза уже ни для кого не является новостью. Это ведет к ежегодному увеличению числа исследований. Так, если в 2000 г. количество исследований составило 23801, то в 2004 г. – 36971.

Отделение ультразвуковой диагностики городской больницы № 2 – не единственное структурное подразделение в г. Кемерово, в котором назревают проблемы, требующие решения. Подобные проблемы существуют и в других городских и областных учреждениях региона. За возрастающим количеством исследований следует увеличение нагрузки на врача ультразвуковой диагностики. Это требует пересмотра нормативных документов, о чем уже на протяжении нескольких лет ведутся дискуссии. Кроме того, происходит износ и «моральное старение» оборудования. Назрела необходимость обновления диагностической базы многопрофильного учреждения и приобретения современного оборудования.

КУЗИНА И.Р.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Центр лучевой диагностики (ЦЛД) входит в состав муниципальной городской клинической больницы № 1 на правах отделения, функционирует с 30 октября 1995 года. ЦЛД оснащен магнитно-резонансным томографом «Vectra-2» с напряженностью магнитного поля 0,5 Тс., рентгеновским компьютерным томографом «CT-MAX-640»; ультразвуковым сканером «АКУСОН 128/XP». Работает сетевая база данных по пациентам. В штате ЦЛД работают пять врачей: заведующий – доктор медицинских наук, три врача высшей категорий, один – первой.

В структуре ЦЛД имеются: кабинет магнитно-резонансной томографии (МРТ) работает в двухсменном режиме, в нем проводятся плановые исследования; кабинет компьютерной томографии (КТ) работает круглосуточно, оказывает плановую и экстренную помощь; кабинеты УЗД; противошоковый; сервис-инженеров; регистратура. Запись пациентов производится в регистратуре, данные о пациентах вносятся в компьютер и по внутренним сетям поступают в компьютер того кабинета, в котором будет проводиться исследование. При записи на исследование пациент в обязательном порядке предъявляет все медицинские документы (амбулаторную карту, историю болезни, выписки из историй болезни, рентгенограммы, КТ и МРТ, снимки УЗИ). Все документы укладываются в пакет и поступают на стол к врачу, который будет проводить исследование. После знакомства с историей болезни (или беседы с больным) врач определяется с тактикой исследования, При необходимости по показаниям проводится дообследование (например, головы: после МРТ – на КТ, или наоборот). Весь комплекс исследований у одного пациента проводит один и тот же врач.

В 2005 году центр отметит свой 10-летний юбилей. За 10 лет в ЦЛД проведено 74466 исследований (МРТ – 36326, КТ – 23983; УЗД – 14157). Выявлено: опухолей различных локализаций – 7945, травматических повреждений – 6863, врожденных аномалий развития – 3011, воспалительных заболеваний – 1687, дегенеративных поражений – 26446, демиелинизирующих заболеваний – 321, сосудистых – 3863. Результаты исследования отслеживаются и заносятся в базу компьютера, расхождения диагнозов разбираются на отделенческих конференциях, заседаниях клиники, городских обществах лучевых диагностов. Непрерывная работа морально устаревшей аппаратуры обеспечивается обслуживанием бригадой высоко квалифицированных сервис-инженеров и бережным отношением к ней сотрудников центра.

Большая занятость практической работой не мешает врачам ЦЛД заниматься научной деятельностью. За 10 лет были опубликованы 101 научная работа, из них 47 – в центральной печати, получены 5 патентов на изобретения, сделаны 37 сообщений на съездах, международных, всероссийских, региональных конференциях.

Уникальность ЦЛД состоит в том, что в одном отделении функционируют три современных томографа (магнитно-резонансный, компьютерный, ультразвуковой сканер), на этих аппаратах работают высоко квалифицированные врачи-рентгенологи, прошедшие специальную подготовку и владеющие в совершенстве МРТ, КТ, УЗД. Овладев четырьмя методами лучевой диагностики (рентгеновским, МРТ, КТ, УЗД), врачи проводят комплексное обследование пациентов, что позволяет быстро, без больших дополнительных затрат, дать заключение об имеющемся у пациента заболевании. Считаем, что будущее в нашей стране должно быть именно за такими центрами лучевой диагностики, а не за разрозненными кабинетами МРТ, КТ, УЗД, рентгенодиагностики, в которых работают врачи разных специальностей.

ЛЕВЧЕНКО И.А., ЖАРОВСКИХ О.А.
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Реформа сестринского дела идет в России уже более 10 лет. Появляются новые направления в сестринской деятельности, новые сестринские услуги, меняется кадровая структура сестринского персонала. Все эти вопросы актуальны и для нашего лечебно-профилактического учреждения. Стремясь более эффективно использовать профессиональную готовность, инициативность медицинских кадров, мы поставили перед собой цель – изучать инновационный опыт, нарабатывать свой и применять его в практической деятельности медицинских сестер для повышения качества предоставляемых услуг.

Для реализации этой цели было принято решение осуществить методическое обеспечение медицинских сестер, т.е. стандартизировать сестринскую практику для оценки качества работы среднего медицинского персонала и внедрять инновационные сестринские технологии. Новизна нашей работы заключается в том, что впервые создан сборник «Технологий практической деятельности медицинских сестер», который адаптирован к условиям труда в нашей больнице и впервые применяются инновационные технологии. Сборник состоит из 12 глав, в которых освещены вопросы по всем основным направлениям деятельности сестринского персонала.

Кроме «Сборника технологий практической деятельности медицинских сестер», в 2005 году был создан и издан «Сборник технологий практической деятельности медицинской сестры-анестезиста, палатной медицинской сестры отделения анестезиологии и реанимации».

Методические пособия входят в практику по определенному плану:

- каждой медицинской сестре предоставляется возможность пользоваться сборником;
- проводится общебольничная конференция;
- осуществляется контроль за применением сборника на практике;
- проводится оценка результатов.

Наряду с разработкой методических пособий, с октября 2004 г. в хирургическом отделении № 1 в палате интенсивной терапии идет внедрение сестринского процесса. Разработана программа внедрения «Сестринского процесса», которая предполагает изменение роли медицинской сестры при оказании медицинской помощи пациентам, при этом очень важно, чтобы сама медицинская сестра осознала необходимость работать по-другому, быть конкурентоспособной на рынке труда. Это касается не только медицинских сестер палаты интенсивной терапии, но и всей больницы. Сестринский персонал представляет собой большую часть сотрудников больницы и поэтому от умения приспособиться к изменяющимся условиям окружающей среды, используя свои знания, зависит и успех лечебно-профилактического учреждения в целом.

Данные направления, т.е. методическое обеспечение наших медицинских сестер и внедрение инновационных технологий, мы будем продолжать и развивать. Уверены, что предпринимаемые меры способствуют существенному повышению качества работы специалистов отрасли, совершенствованию профессионального уровня.

ЛЕВЧЕНКО И.А., ЖАРОВСКИХ О.А., КОРОЛЕВА Н.Ф.,
НИКОЛАЕВА Н.А., АНДРЕЕВА Н.А.
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1

Уровень развития хирургии в настоящее время требует от медицинской сестры владения профессиональными сестринскими знаниями о реакции организма на травму, в том числе операционную, о жизненно-важных потребностях пациента и способах их удовлетворения,

о возникающих при этом проблемах, профилактике инфекций, в полной мере владеть навыками по уходу за пациентами.

В связи с этим, возникла необходимость использовать на практике научно-обоснованный метод – «Сестринский процесс». С октября 2004 года в хирургическом отделении № 1 в палате интенсивной терапии (ПИТ) внедряется указанный метод. Данное отделение характеризуется высоким процентом пациентов, поступающих с тяжелыми формами заболеваний, что обусловило выбор палаты интенсивной терапии хирургического отделения № 1 для осуществления инновационного процесса в сфере сестринской деятельности с целью улучшения качества сестринской помощи, повышения компетентности, творческой активности медицинских сестер.

Медицинские сестры палаты интенсивной терапии хирургического отделения № 1, с одной стороны, понимали необходимость изменений в сестринском деле, в частности, в отношении организации ухода за пациентами (одна палатная медицинская сестра обслуживает не менее 20 пациентов), с другой, возникало чувство страха перед неизвестным. Ведь предстояла работа с новой сестринской документацией, на заполнение которой требуется время, планировать, организовывать, осуществлять уход. Эта работа является инновационной для медицинских сестер. Поэтому «Сестринский процесс» внедрялся поэтапно:

- изучение опыта других ЛПУ;
- изучение возможностей и потребностей отделения;
- пересмотр должностной инструкции медицинской сестры палаты интенсивной терапии;
- разработка документации;
- обучение сестер;
- анкетирование пациентов;
- анализ результатов внедрения «Сестринского процесса».

После обучения, разработки и адаптации документации, у медицинских сестер палаты интенсивной терапии часть возникающих проблем и вопросов была решена. Сестринский персонал научился работать с пациентами в зависимости от его заболевания, индивидуальных особенностей. Палата интенсивной терапии рассчитана на 4 койки, из этого понятно, что на одну медицинскую сестру нагрузка снижена. У нас получилось, что сестра ПИТ выполняет обязанности медицинской сестры-консультанта и палатной в одном лице, от этого выигрывают пациенты только ПИТ.

Сегодня мы решили продолжать работу в данном направлении, решить вопрос о добавлении в штатное расписание отделения ставки медицинской сестры-консультанта. Медицинская сестра-консультант будет организовывать работу палатных сестер по уходу за пациентами всего отделения, что, безусловно, позитивно повлияет на качество сестринской помощи в целом.

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

МОДЕЛЬ МАРКЕТИНГА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

До настоящего времени считалось правомерным использовать понятие «Маркетинг» только по отношению к сфере производства. Реформы, проводимые в здравоохранении, обосновали необходимость изучения соответствующего зарубежного опыта и потребовали поиска новых форм и методов организации работы, так как потребовалось обоснование планов по объему и структуре медицинской помощи, стимулирование развития ресурсосберегающих организационных и медицинских технологий. В изучении этих вопросов большое место отводится современной методологии, какой является концепция маркетинга.

Реформа отечественного здравоохранения по своей сути является интеграцией трех видов деятельности: организационного, экономического и нормативного. Баланс соотношения этих трех составных частей процесса реформирования здравоохранения определяет успешность достижения поставленной цели – достижению конечного результата. Модель маркетинга многопрофильной больницы – это процесс, с помощью которого управляется внутренняя среда больницы и реализуются больничные услуги, а также формируются позиции больницы на рынке.

Нами были определены следующие компоненты модели макретинга больницы: маркетинг внешней и внутренней среды больницы, воздействие на потребителей с целью формирования определенных потребностей населения в больничных услугах, разработка новых видов услуг больницы, расширение ассортимента и повышение качества услуг. Медицинский рынок обладает своей спецификой – это неосязаемость, неотделимость от производителя, личности и профессионализма врача, непостоянство качества, несохраняемость, зависимость от состояния здоровья пациента и сто-

имости услуги, которая не имеет овеществленной формы. Эти факторы оказывают решающее значение на разработку модели концепции маркетинга больницы и работу на рынке. Решающим фактором в больнице является спрос на больничные услуги. Поэтому на первый план выходит изучение спроса на больничные услуги и степени его удовлетворения со стороны пациентов больницы и самих сотрудников, результатом которого явилось планирование ассортимента медицинских и сервисных услуг.

Нами был разработан комплекс маркетинга больницы, в состав которого вошли маркетинг лечебно-диагностического процесса, маркетинг организации медицинской помощи в больнице, удовлетворенность пациентов пребыванием и лечением в больнице. Мы ориентировали персонал на работу по нормативам (медико-экономическим стандартам), отработку показателей статистической отчетности и учета объемов работ в учреждении, изучали рынок медицинских услуг в городе и области, знакомили с основными экономическими терминами и понятиями, такими как, например, «прибыль».

Так, например, применение концепции маркетинга дало толчок в развитии ортопедического отделения. Спрос на эндопротезирование потребовал поиска и внедрения современных технологий для его удовлетворения. Аналогичный приоритет коснулся и технологии транспедикулярной фиксации позвонков, артроскопии, герниопластики. Удовлетворяется не только спрос на сами операции, но и удовлетворяются потребности населения. Мы увидели, что часть рынка услуг больницы находится в состоянии скрытого спроса – потребность не может быть удовлетворена имеющимися услугами: потребность в сервисе, оборудовании, отсутствии очереди, дневных стационарах, реабилитационных мероприятий и т.д.

Работа в сфере концепции маркетинга позволила нам оценить объем этого рынка, создать соответствующие услуги и удовлетворить потребности. Так, в ходе изучения потребностей женщин в услугах акушерского отделения установлен спрос на «вертикальные роды», что заставило маркетинговую службу больницы провести изучение этого сегмента рынка, а выявленный спрос активировал администрацию больницы на поиск соответствующих технологий. Аналогично был создан и «Ледицентр». Возрастающий объем маркетинговых действий потребовал создания службы маркетинга больницы, цель которой – добиться максимальной потребительской удовлетворенности пациентов, не снижая интенсивности потребления услуг больницы.

В ходе реализации маркетинга внутренней среды больницы большое внимание уделяется качеству медицинских услуг, этическим и деонтологическим вопросам. По отношению к персоналу применяется политика материального стимулирования. Также в ходе маркетинга внутренней и внешней среды больницы выявлена тенденция корпоративности, создания коллективного имиджа больницы. С этой целью были разработаны стилизованные знаки: пакеты, значок, кружки, ручки, багетные знаки, блокноты, халаты с отличительными знаками. С появлением службы маркетинга больницы стало очевидным, что управлять маркетингом – это анализировать, контролировать, планировать, реализовывать мероприятия по поддержанию и повышению выгодных обменов и воздействовать на спрос.

ЛИКСТАНОВ М.И., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., СТАРЫХ В.С.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Стратегия развития науки в России до 2010 года предусматривает финансирование фундаментальных исследований. Приняты как областные, так и закон РФ о научной и научно-технической деятельности, предусматривающие их финансирование. Однако до реальных исполнителей средства, в основном, не доходят. В результате, прикладные научные исследования, проводимые в лечебных учреждениях и на кафедрах, базирующихся в ЛПУ города, к сожалению, лишены государственной поддержки. В этой ситуации для продолжения инновационных исследований приходится рассчитывать только на собственные силы.

В ГКБ № 3 продумана и функционирует целая система поддержки научных изысканий сотрудников. В целях эффективного использования научного и практического здравоохранения, выполнено функциональное объединение отделений близкого профиля и соответствующей кафедры, созданы клиники и приказом главного врача назначены руководители (директора) клиник. 08.09.2000 года приказом главного врача был создан Ученый Совет больницы, в который вош-

ли руководители основных подразделений больницы, научно-практические руководители клиник. 22.02.2001 года приказом по Управлению здравоохранения администрации города на базе ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского был организован центр современных медицинских технологий. Руководителям клиник и зав. отделениями было предписано следить за появлением новых современных, эффективных медицинских технологий, заниматься их разработкой и являться инициаторами исследований и использования всего нового в лечебно-диагностическом процессе.

На заседаниях Ученого Совета больницы были заслушаны и приняты перспективные планы научно-исследовательской работы врачей ведущих отделений больницы. К НИР были привлечены, практически, все молодые специалисты и заведующие отделениями. Ежегодно проводится анализ выполнения планов научных изысканий терапевтических, хирургических, ортопедо-травматологических, акушерско-гинекологических и других служб и разрабатываются предложения по их дальнейшему совершенствованию.

В больнице было выделено помещение для экспериментальной лаборатории, в которой за эти годы три ординатора и один ассистент смогли выполнить экспериментальные исследования по разработке новых лечебных технологий.

В целях стимуляции исследовательской деятельности и творческого процесса, было решено на завершающем этапе написания диссертаций выплачивать врачам годовые стипендии. Сегодня ее размер составляет 15000 руб. в год при завершении кандидатской диссертационной работы и 30000 руб. – докторской. Финансирование НИР отделений больницы осуществляется за счет бюджета, ДМС, платных услуг, спонсорских вложений, договоров с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями) под целевые программы на разработку и внедрение современных технологий.

В 2000 году была введена должность зам. главного врача по научно-технической работе, основной задачей которого является формирование творческого подхода у сотрудников отделений к выполнению научной работы, помощь в выявлении научно-технических решений на уровне мировой новизны в оформлении заявок на изобретения для получения больницей интеллектуальной собственности – патентов. Сотрудники клиник и отделений стали активными и постоянными участниками городских, региональных, всероссийских и международных конференций и съездов специалистов по самым разным разделам медицины. Больница оплачивает расходы, связанные с публикацией результатов исследований. Общие вложения в программы, связанные с научно-исследовательской работой, составляют около 2,5 миллионов в год.

Итогом четырехлетней работы явилась защита врачами отделений 17 кандидатских и одной докторской диссертации. Вместе с сотрудниками кафедр, по материалам клиник за эти годы защищено более 20 диссертаций. В лечебно-диагностическом процессе использованы десятки новых технических решений, получено более 40 патентов. Больница стала учебно-методическим центром повышения квалификации врачей лечебных учреждений города и области. Темп научных изысканий планируется сохранить и на ближайшие годы.

Приобщение врачей отделений к НИР позволило за последние годы повысить квалификацию сотрудников и более быстрыми темпами внедрять современные лечебно-диагностические программы.

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

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Проводимая реформа здравоохранения ставит своей основной целью непрерывное улучшение качества медицинской помощи (КМП). В отечественном здравоохранении накоплен большой теоретический и практический опыт по управлению КМП. Однако нерешенных проблем в этой области остается еще много. Ведущими составляющими понятия «качество» являются адекватность, своевременность, доступность, эффективность, безопасность, экономичность, научно-технический уровень. Важнейшими управляемыми факторами, влияющими на КМП, в больнице № 3 г. Кемерово являются:

- уровень квалификации медицинского персонала,
- своевременное и полное обследование больного,
- преемственность между медицинскими этапами оказания помощи,
- постоянный анализ деятельности врачей,

- внедрение в практику ЛПУ современных методов диагностики и лечения,
- соблюдение санитарно-противоэпидемического режима,
- строгое выполнение должностных обязанностей медицинским персоналом,
- обеспеченность медикаментами и оборудованием,
- больничная эстетика,
- соблюдение требований врачебной этики и медицинской деонтологии,
- аттестация рабочих мест,
- мотивация медицинских работников и больных на хороший конечный результат лечения.

Высококачественной считается та медицинская услуга, которая соответствует достижениям современной науки и практики, положительно влияет на здоровье пациента и удовлетворяет его потребности. Категория качества должна охватывать практически все, что связано с деятельностью лечащего врача – от белизны его халата до манеры обслуживания пациентов.

Один из основных элементов обеспечения КМП – создание системы, обеспечивающей непрерывное ее функционирование, т.е. соответствующее управление. Управление КМП – это процесс планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для формулирования и достижения цели такой организации оказания медицинской помощи пациентам по территориальному принципу, которая удовлетворяла бы самым высоким человеческим потребностям в сохранении здоровья на основе современных медицинских технологий.

В целях оптимизации работы по управлению КМП, на базе нашего лечебного учреждения разработана и внедряется автоматизированная компьютерная методика контроля КМП. Система оценки качества больницы должна охватывать все разделы лечебно-диагностического цикла и учитывать все факторы, влияющие на те или иные параметры.

Мы выделили следующие этапы ее формирования:

- создание комиссии для управления КМП (приказом по больнице) с распределением обязанностей между ее членами и определением им зон ответственности;
- построение автоматизированной системы (на базе доступных лечебному учреждению компьютерных технологий) информационного обеспечения работы созданного органа управления КМП;
- выработка необходимых эффективных алгоритмов воздействия на лечебно-диагностический процесс, целью применения которых должно стать повышение КМП и устранение выявленных недостатков применяемыми методами контроля.

Так как процессы управления по своей природе являются информационными, то и задача оптимизации системы управления лечебным учреждением и качеством медицинской помощи больным неразрывно связана с совершенствованием его информационных ресурсов. Опора в управлении КМП на современные компьютерные технологии обеспечит оптимизацию управления лечебно-диагностическим процессом за счет разгрузки органов управления учреждением от рутинной работы по сбору и обработке большого объема информации о деятельности всех структурно-функциональных подразделений.

Мы пришли к выводу о необходимости создания автоматизированного рабочего места (АРМ) для должностного лица, ответственного за качество и организацию медицинской помощи в многопрофильном стационаре, которым является заместитель главного врача по медицинской части. В его основу положено создание базы данных о ключевых звеньях лечебного и диагностического процессов, к которым относятся все интервальные параметры стационарного лечения больных, данные о работе диагностических кабинетов, работе консультантов, оперативной работе хирургов и вспомогательных некоечных подразделений.

Работа над повышением эффективности управления КМП потребовала создания отдельной управленческой ЛВС, в состав которой, кроме вышеназванного главного персонального вычислительного комплекса, будут включены персональные компьютеры, приспособленные под автоматизированные рабочие места операторов ЭВМ, осуществляющих ввод дополнительной информации из медицинской документации (историй болезни) в БД управления, принтеры локального и сетевого применения для печати программных заданий ведущим медицинским специалистам больницы.

Основой программ, обеспечивающих управленческие функции, являются базы данных. Они отражают, с одной стороны, такую структуризацию данных, которая является наилучшей для обеспечения информационных потребностей, с другой – характеризуются совокупностью «информационных объектов», связей между ними и способами преобразования.

Созданную локальную сеть управления мы интегрируем в ЛВС стационара с созданием особых разделов СУБД, позволяющих осуществлять сбор информации из всех коечных и диагностических подразделений, консультативных кабинетов и регистратуры поликлинического отделения. Для эффективного контроля КМП должны быть созданы и апробированы программные разделы для формирования БД обо всех диагностических и лечебных назначениях, об оперативно-хирургической работе в учреждении, о врачебно-экспертной

работе. Данная сеть должна иметь прямую и обратную связь с автоматизированными рабочими местами заведующего аптекой, бухгалтерией стационара, заведующего приемным отделением.

Представленный минимальный набор электронного программно-вычислительного оборудования способен создать достаточно дешевую систему и, на основе компьютерных технологий, контролировать лечебный процесс, формировать интегральные статистические показатели, на основе которых вырабатываются адекватные и своевременные управленческие решения.

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

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОСТРОЕНИЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Развитие здравоохранения, рост материальных, финансовых и трудовых затрат на медицинскую помощь ставят перед экономикой здравоохранения не только задачу оценки роли и эффективности этой отрасли в общественном производстве, но и требуют от науки поиска путей достижения максимального эффекта при минимальных затратах ресурсов. При этом понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства. В здравоохранении применение даже самого квалифицированного труда и использование современной медицинской техники могут дать «отрицательный» результат.

Оценка эффективности деятельности лечебного учреждения – одна из важнейших организационных задач. Ее решение сопряжено с известными трудностями. Нами обоснованы и разработаны количественные критерии, позволяющие оценить эффективность оказания медицинской помощи, как на уровне больницы в целом, так и на уровне ее структурных подразделений и отдельных специалистов. Использованы общепринятые показатели эффективности, рассчитываемые на основе методики определения основных статистических показателей работы стационара. Они адаптированы нами к целевым установкам программного обеспечения, а именно, переведены в процентный формат путем соотношения не к 365 суткам, а к количеству дней исследуемого временного интервала. Существенное изменение претерпевает статистический показатель «Использованная коечная мощность» (он входит во все другие показатели как составная часть) – путем расчета 6 статистических массивов данных по признаку соотношения дат поступления и дат выписки больных к начальным и конечным датам выбранного временного интервала. Данные всех 6-ти массивов по каждому отделению суммируются в показатель «Использованная коечная мощность» за выбранный интервал расчета.

Методический подход с расчетом шести указанных выше групп отбора использован при создании методики оценки интенсивности профессиональной деятельности различных категорий медицинского персонала в пределах любого временного интервала. Помимо расчета шести групп отбора, в ее основе лежат весовые коэффициенты. Последние разработаны нами с помощью метода экспертных оценок применительно к конкретным видам лечебно-профилактической деятельности, как для врачей, так и для среднего медицинского персонала. В результате были составлены таблицы весовых коэффициентов, соответствующих интенсивности труда при различных видах профессиональной деятельности, при выполнении различного рода операций, врачебных и сестринских манипуляций и т.д.

Наряду с вышесказанным, была применена методика автоматизированного создания на основе внедренных в базу данных идеальных сроков стационарного лечения больных при тех или иных заболеваниях (сроки были ориентированы на конкретные номенклатуры МКБ-10), наличия сопутствующих заболеваний, возраста, пола заболевшего, тяжести состояния направленного в стационар с использованием виртуальной таблицы «Эталон движения». Формирование такой таблицы вначале по предварительному, а затем и по окончательному клиническому диагнозу, позволило выполнять на ее основе расчеты для определения 2-х массивов принятых в медицине статистических критериев, с расчетом дополнительной медицинской нагрузки – эталона на основе принятых стандартов, и реальных на основе данных «Электронного листа лечебно-диагностических назначений».

При этом установлено, что определять соответствие штатного расписания стационара входя-

щему потоку больных, нагрузку на врачей и медицинских сестер целесообразнее не по статистическим эталонам-критериям, а по реальным показателям – соответствие клинического мышления врачей принятым лечебно-диагностическим протоколам (стандартам).

МАЛАХОВА Н.Г., ЧУНАРЕВ В.Ф.
НУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово, г. Кемерово

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА НА ЦИФРОВОЙ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКЕ

Профилактические (скрининговые) обследования работников железнодорожного транспорта составляют значительный удельный вес в работе отделений лучевой диагностики лечебно-профилактических учреждений системы железнодорожного транспорта. Опыт применения с 2000 года в этих целях цифровой флюорографии убедительно доказал ее преимущества перед пленочной и позволил существенно повысить уровень качества проводимой лучевой диагностики в условиях появления новых высокотехнологичных методов.

Обследование проводилось на цифровой малодозовой флюорографической установке ФСЦ-У-01. Техника и методика исследования заключалась в исследовании органов грудной полости. В основном, выполняли одну цифровую флюорограмму в прямой проекции при типичной установке и центрации луча. В отдельных случаях осуществляли прицельную съемку верхушек легких, а также флюорографию в боковых проекциях.

Уникальной особенностью использования цифровой флюорографии явилось то, что лучевая нагрузка, полученная пациентами при прохождении обследования, составила 0,015-0,002 мЗв, что в десятки раз ниже, чем при использовании пленочной флюорографии.

Достаточно высокая пропускная способность цифровой флюорографической установки (до 20 человек в час или 80-100 человек за одну рабочую смену) способствовала увеличению количества обследованных на 27,4 % (в 1999 г. 10384 чел. на пленочном флюорографе, в 2004 г. 15198 чел. на цифровой флюорографической установке).

Диагностические преимущества метода обусловили увеличение количества выявляемой патологии. Выявление туберкулеза в 2004 г. составило 1,78 на 1000 обследованных (в 1999 г. – 1,42), новообразований органов грудной полости – 0,59 (0,25), пневмоний – 5,24 (1,55). В то же время, на 56,3 % сократилось число лиц, направленных для дообследования органов трудной полости в рентгенодиагностические кабинеты.

Одним из существенных преимуществ явился немалый экономический эффект цифровой флюорографии, обусловленный экономией расходных материалов (флюоропленки, фотореактивов, рентгеновской пленки для дообследования) и уменьшением нерационального объема работы персонала.

Таким образом, использование цифровой малодозовой флюорографии позволило существенно повысить качество профилактических скрининговых обследований органов грудной клетки, обеспечить высокую диагностическую информативность и улучшить способы сохранения полученных данных.

МАСИН А.Н., БЖИТСКИХ В.А, КОТОВ Д.В., БЖИТСКИХ А.В.
НУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово, г. Кемерово

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭКГ В ЛОКАЛЬНОЙ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ СЕТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Технология записи ЭКГ с использованием аналогового или цифрового электрокардиографа применяется в нашей больнице уже 3 года. Последняя версия программного обеспечения выполнена на современной базе данных MS SQL 2000.

Возможности технологии:

- использование для записи через компьютер имеющихся в отделении ФД электрокардиографов с аналоговым сигналом, что позволит увеличить срок службы ЭКГ аппаратов;

- автоматизация работы отделения функциональной диагностики, в частности, записи и обработки ЭКГ с предоставлением текстовой и графической информации врачам ОФД и лечащим врачам в локальной сети лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) с возможностью передачи данных по глобальным компьютерным сетям (Интернет);
- разделение труда медработников ОФД;
- получение отчетности по заданным параметрам о работе отделения;
- интеграция баз данных больницы с предоставляемой базой данных;
- организация связи на записи – чтении ЭКГ в разобщенных зданиях больницы (возможность работы с удаленной базой данных по модему и из дома, работа по записи ЭКГ в ЛПУ, где нет врача для чтения ЭКГ).

Преимущества технологии:

- исключается ведение и поиск в бумажном архиве ранее снятых ЭКГ пленок, экономится расходный материал на производство ЭКГ исследований, растет скорость обработки ЭКГ и поступления заключений к больному и лечащему врачу и др. (стоимость расходного материала на 1 ЭКГ исследование составляет 50 коп);
- исключается рутинный труд по обработке информации о посещениях, исследованиях, проведенных врачами ОФД, быстро и автоматически формируются статистические и аналитические отчеты;
- программа может работать на локальной ЭВМ, в компьютерной сети или по модему.

Разрабатываются технологии сбора информации в отделении функциональной диагностики с другой диагностической аппаратуры: спироанализатора, нейрофизиологических аппаратов.

Подключение сведений от диагностической аппаратуры (графической и текстовой) в общую базу данных с предоставлением сведений врачам на приеме, возможно решить при условии, когда производитель аппаратуры представляет на рынок программное обеспечение определенного стандарта. Таким стандартом, по нашему мнению, может служить COM-объект. Описанные свойства объекта позволят быстро подключиться к аппарату, используя его методы и свойства. При этом авторские права производителя на получение изображения не нарушаются.

МАШТАКОВ Б.П., СОКОЛОВИЧ А.Г., ИВАНЦОВ В.И.,
СТЕПАНЕНКО А.В., БЕЛЯЕВ К.Ю.
Красноярская государственная медицинская академия,
Красноярская краевая больница,
г. Красноярск

ОПЫТ РАБОТЫ КРАЕВОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

В мае 2001 года на базе краевой больницы, при поддержке администрации Красноярского края и Краевого управления здравоохранения, был создан краевой гнойно-септический центр (КГСЦ). В его состав вошли отделение гнойной хирургии на 30 коек, отделение гнойно-септической реанимации на 12 коек, операционный блок с операционной на 2 стола, барозал с барокамерой. Структурные подразделения центра объединены территориально, что позволяет осуществлять замкнутый технологический процесс с соблюдением санитарно-эпидемиологических норм, ограничив тем самым внутрибольничное распространение инфекций. Этому способствует современная система очистки, обеззараживания и кондиционирования воздуха с созданием ламинарного потока, которая функционирует в отделении реанимации и оперблоке. Центр оснащен современной аппаратурой и оборудованием, позволяющими применять все современные высокотехнологичные методы мониторинга и интенсивного лечения больных с гнойно-септической патологией.

В настоящее время научно-методическая и практическая работа КГСЦ осуществляется по трем основным направлениям: лечение распространенных перитонитов, сепсиса различной этиологии, гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы.

Лечение распространенного гнойного перитонита остается основной проблемой в ургентной хирургии, поскольку является причиной развития абдоминального сепсиса. В основе современного понимания патогенеза и клинических проявлений сепсиса лежит концепция системной воспалительной реакции.

Наиболее целесообразной формой оперативного лечения больных с распространенными гнойными перитонитами при невозможности одномоментной санации остаются программируемые релапаротомии, которые применяются в КГСЦ. За последние годы отмечается увеличение количества больных с распространенными гнойными перитонитами. Причинами перитонита, в большинстве случаев, были осложнения язвенной болезни и аппендицит.

Летальность у больных с перитонитом в 2002 году была 27,4 %, в 2003 году – 22,6 %, в 2004 году – 23,8 %. Эти цифры отражают тенденцию к снижению летальности у больных с перитонитом под воздействием применения современных тактических подходов и новых технологий лечения.

Таким образом, наш опыт создания и первых 4-х лет работы краевого гнойно-септического центра показал, что в современных сложных финансово-экономических условиях является оправданной тактика концентрации средств для создания высокоспециализированных центров. Применение этой тактики позволило нам создать современную материально-техническую базу и применять высокотехнологичные и затратные методы лечения больных с гнойно-септической патологией, что позволило добиться снижения летальности и улучшения результатов лечения этого сложного контингента больных.

МОИСЕЕНКОВА Е.Н.
Кемеровский областной медицинский колледж, г. Кемерово

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям населения (пациента), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки. Известно, что больным не просто оценить квалификацию специалиста со средним медицинским образованием. Они судят о качестве полученной медицинской помощи опосредованно, через эффективность полученных результатов. В связи с этим, основное внимание при анкетировании пациентов уделялось организации работы сестринского персонала, качеству выполнения сестринских процедур, вопросам ухода за больными, деонтологическим аспектам деятельности.

Анализ оценки пациентами организации и качества работы специалистов сестринского дела лечебно-профилактических учреждений Кузбасса выявил высокие оценки пациентами организации качества работы сестринского персонала в учреждениях социальной помощи (62,2 %). Работу специалистов на хорошо и отлично оценило 82 из 100 пациентов.

11,9 % респондентов (пациенты амбулаторно-поликлинических учреждений) отметили недостаточные знания сестринского персонала по вопросам обучения больных в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в семье. Пациенты стационаров отмечают недостаточный объем знаний сестринских кадров в сфере психологии больного человека и его родственников, недостаточную деонтологическую культуру.

Из общего числа опрошенных, 51,9 % указывают на то, медицинская помощь стала более доступной, более квалифицированной, а 23,9 % – большей по объему. Большинство респондентов (61,9 %), отметили индивидуальный подход к решению проблем их здоровья.

Большое влияние на степень удовлетворенности пациентов работой специалистов сестринского дела оказывают личностные и характерологические особенности сестринских кадров. Для пациента и членов его семьи сестринский персонал является самым близким человеком, готовым не только сопереживать его страданиям, но и оказывать конкретную психологическую и медицинскую помощь,

На первое место пациенты стационаров выдвигают такие качества специалистов сестринского дела, как внимательность, сопереживание, доброта. Пациенты амбулаторно-поликлинических учреждений на первое место ставят вежливость, доброту, внимательность.

Изучение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи помогает определить направления повышения эффективности качества сестринской помощи за счет обучения специалистов сестринского дела основам этики и деонтологии.

«Медицинская результативность», прежде всего, зависит от профессионального уровня медицинских кадров, включающего их квалификацию, добросовестность, соблюдение принципов этики и деонтологии, что в определенной степени определяется наличием или отсутствием мотивации у медицинских работников в высококачественному и интенсивному труду.

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ПОЛУКАРОВА Т.Ф., НОВИКОВА О.Н., ПЕРМЯКОВА А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ОБСЕРВАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Родильный дом № 1 г. Кемерово является стационаром «высокого риска», так как в него госпитализируются беременные с различной степенью тяжести гестоза, с заболеваниями сердечно-сосудистой, центральной и периферической нервных систем, эндокринной патологией, заболеваниями мочевыделительной и пищеварительной систем. Возрастает уровень беременных-вирусоносителей (вирусов герпеса, ЦМВ, гепатитов В, С и других), с бактериальным вагинозом, сифилисом, внутриутробной гибелью плода, с алкогольной и наркотической зависимостью, туберкулезом.

Основным направлением работы отделения является профилактика гнойно-септических и других осложнений у родильниц и новорожденных детей. Персонал отделения работает в соответствии с функциональными обязанностями, разработанными на каждую должность и утвержденными администрацией больницы, профсоюзной организацией.

Для совершенствования организации работы в отделении используются стандарты проведения утренних отчетов дежурных смен, работы врачей с родильницами, консультаций больных родильниц заведующим отделением, доцентом кафедры, заместителем главного врача по родовспоможению; лечебных манипуляций. Ежемесячно проводится анализ работы с обсуждением статистических и планово-экономических показателей работы отделения, качества оказываемой помощи, выделением приоритетных направлений в работе. В работу отделения внедрена формализованная медицинская документация.

С 2001 года в отделении внедряется сестринский процесс ухода за родильницами. В этом направлении разработаны и внедрены сестринские технологии стандартизации деятельности акушерки: на каждую родильницу заполняется лист оценки состояния пациентки при поступлении в отделение, дневник почасового динамического наблюдения, лист акушерского ухода. Внедрение стандартов дало возможность определить конкретные потребности пациентки в уходе, привлечь пациентку к активному участию в планировании и осуществлении ухода, оценить правильность выполнения врачебных назначений, ведения документации, оценивать эффективность проведенной акушерской работы, качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

Руководство больницы, отделения отводит огромную роль профессиональному уровню работников. Врачи и акушерки раз в пять лет проходят циклы усовершенствования, аттестации. В отделении используются различные формы повышения образования (семинары, конференции, участие в форумах и конкурсах, обмен опытом). Много внимания в работе с персоналом отделения уделяется вопросам этики, деонтологии, психологии.

Благодаря слаженной работе коллектива сотрудников послеродового отделения, стабильному составу врачей, заведующей отделением и старшей акушерке, помощи и контролю за работой главной сестры больницы, заместителя главного врача по родовспоможению, сотрудников кафедры акушерства и гинекологии № 1 КемГМА, эпидемиологов, в течение 2000-2004 годов удается сохранить удовлетворительными основные показатели деятельности отделения. Ведь благополучное материнство – это не только предотвращение смерти, это понятие включает многочисленные аспекты здоровья, как матери, так и ребенка, в том числе физические, психологические и социальные факторы благополучия женщины до родов, во время родов и в послеродовом периоде, а также благополучное рождение ребенка, готового к здоровому детству. Именно к этому стремится весь коллектив акушерского обсервационного отделения.

ПОЛУКАРОВА Т.Ф., РУХАДЗЕ А.В., АНДРЮК О.В.,
СУРКОВА М.Г., СМИРНОВА О.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ПОСЛЕРОДОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Служба охраны здоровья женщин-матерей и новорожденных претерпевает период перестройки, как вся система здравоохранения в России. Изменения, в основном, коснулись клинико-диагностических технологий и несколько меньше – организационных форм деятельнос-

ти и материально-технической базы. Наш родильный дом – одно из крупных родовспомогательных учреждений города. Ежегодно увеличивается поток для родоразрешения городских, иногородних и сельских пациенток. В родильный дом госпитализируются беременные со сложной сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями эндокринной, нервной систем, гестозом, патологией внутриутробного пациента и т.д.

Послеродовое отделение – самое объемное в структуре родильного дома по занимаемым площадям, количеству коек. Средний медицинский персонал работает в условиях повышенной физической и психоэмоциональной нагрузки: круглосуточно осуществляет уход за родильницами в послеродовом и послеоперационном периоде, занимается переводом и размещением родильниц из родового блока и реанимационного отделения, проводит лечебные манипуляции и готовит родильниц к диагностическим исследованиям, обучает родильниц санитарно-эпидемиологическому режиму и контролирует его выполнение, обучает родильниц правильному грудному вскармливанию новорожденных, проводит санитарно-просветительскую работу среди родильниц.

Основное направление в работе послеродового отделения – профилактика гнойно-воспалительных и других осложнений у родильниц и новорожденных. Работа подчинена этому принципу и строится согласно нормативным документам: строго соблюдается цикличность заполнения палат, проведение текущей и генеральной обработки помещений, размещение манипуляционных кабинетов, оснащение оборудованием, обеспечение мягким и твердым инвентарем, дезинфицирующими средствами.

За последние пять лет отделение выполняет планово-экономические задания: процент выполнения койко-дня вырос от 81,0 до 110,4 %, увеличилось число пролеченных родильниц с 1841 в 2000 году до 2607 пациенток в 2004 году, среднее пребывание родильниц в стационаре сократилось с 7 до 6,2 койко-дней. Улучшение качественных показателей работы отделения определяется уровнем квалификации кадров. В течение последних пяти лет отделение на 100 % укомплектовано врачами, большая часть которых имеет высшую категорию, на 90,3 % – акушерками, из которых 28,6 % имеют высшую категорию, 42,8 % закончили вторую ступень образования и получили диплом «Акушерка-организатор». Среди младшего звена наметилась стабильность, их укомплектованность не снижается ниже 70,5 %.

Достижению хороших результатов в работе коллективу помогает выстроенный принцип преемственности, постоянного контроля качества, финансово-экономическое стимулирование, совершенствование профессионального мастерства. Для оценки качества работы отделений в ГКБ № 3 проводится анкетирование пациентов. По данным многократного анкетирования, по качеству оказания медицинских и сервисных услуг в послеродовом отделении нареканий от пациентов не было. За последние годы по результатам работы отделение в целом и работники различного уровня награждались почетными грамотами, премировались: третье место в конкурсе по ГКБ № 3 на лучшее оформление отделения к новому 2003 году; за первое место по итогам смотра-конкурса «Лучшее отделение больницы» в 2004 году; присвоение первого места в конкурсе по ГКБ № 3 на «лучший смотровой кабинет» в 2000-2004 гг.; за лучшее оформление композиции в выставке-конкурсе «Дары лета-2004». В 2003 году приказом по департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области отделение утверждено «Школой профессионального мастерства».

РОЗЕНФЕЛЬД Л.Г., ХОВРИН А.И.
Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ ФИНАНСИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОГРАММ ИЗ СРЕДСТВ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДМС)

В сложных условиях экономического развития государства и недостатка финансирования здравоохранения проблема профилактики отступила на второй план. Оптимальным вариантом решения этой проблемы является использование страховых резервов ДМС по договору между ЛПУ и страховщиком, где страховщик выступает в роли заказчика, а ЛПУ – исполнителя данного заказа. При имеющихся страховых резервах, естественно желание страхователя и самого пациента получить эту услугу на уровне высококвалифицированного учреждения, имеющего современные консультативно-диагностические возможности.

По инициативе страховой медицинской организации «Медведь ЛК», силами консультативно-диагностического центра Челябинской государственной медицинской академии, в рамках договора ДМС, было проведено комплексное углубленное медицинское обследование персонала ТПП «Урайнефтегаз», «Лангепаснефтегаз» и «Покачевнефтегаз». Зарегистрировано 3713,3 случаев заболеваний, в том числе среди мужчин – 2701,7, среди женщин – 5234,1 (на 1000 осмотренных соответствующей выборки). Уровень первичной заболеваемости составил 1697 случаев на 1000 осмотренных (45,7 % от общей заболеваемости).

Значительная часть патологии выявляется только при углубленном медицинском осмотре, что приводит к запоздалой диагностике и несвоевременному оказанию медицинской помощи. Так, общая заболеваемость по обращаемости составила 962 случая на 1000 осмотренных, по данным углубленного медицинского осмотра – 3713; выявленная впервые в данном календарном году заболеваемость: по обращаемости – 591,2; по данным углубленного медицинского осмотра – 1697,7.

Аналогичная ситуация прослеживается и при сравнении результатов периодических медицинских осмотров с данными, полученными в ходе углубленного медицинского обследования. Выявляемость при углубленном медицинском обследовании превышает таковую по результатам периодических медицинских осмотров в несколько раз ($p < 0,05$), что объясняется дополнительным источником финансирования.

Таким образом, профилактическая направленность в деятельности ЛПУ возможна из внебюджетных источников. Оптимальным в данном случае, и менее затратным для пациента, является договор ДМС, заключенный между страховщиком и страхователем.

РОТ Г.З., ШУЛЬМАН Е.И., УСОВ С.Б., УСОВ Б.П.
Фонд Медсанчасть-168,
г. Новосибирск

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

В настоящее время общепризнано, что уровень использования информационных технологий в практической медицине значительно ниже, чем в других сферах деятельности человека. Несколько последних десятилетий применение информационных систем в этой области ограничивалось решением административно-учетных задач. Однако в начале 21-го века стало ясно, что внедрение и использование в больницах информационных систем должно быть направлено на создание возможностей повышения качества медицинской помощи.

В Фонде «Медсанчасть-168» к этому времени был накоплен большой опыт разработки, внедрения и эксплуатации сетевой компьютерной технологии компьютерного ведения историй болезни «ДОКА». Ее использовали больницы различных областей Сибирского региона, в том числе каждая третья ЦРБ Новосибирской области. Этот опыт, а также результаты анализа использования зарубежных медицинских информационных систем, привели к созданию клинической информационной системы нового поколения «ДОКА+», назначение которой состоит именно в создании возможностей повышения качества медицинской помощи в больнице.

В ее основу положены самые современные информационные технологии (интранет-технологии), обеспечивающие медицинскому персоналу удаленный и мобильный доступ к данным о пациентах, их заболеваниях и лечении. Врачам легко научиться пользоваться системой – их работа в ней с клинической документацией ничем не отличается от использования информации в Интернете.

Главные задачи, решаемые в результате внедрения системы в больнице, – увеличение клинической эффективности лечения и повышение уровня безопасности пациентов, рационализация расходов на лечение. Основные пути решения этих задач, которые предлагает система: применение стандартов лечения и обследования (создаваемых в больнице схем или протоколов лечения для различных заболеваний); использование справочников, создаваемых и поддерживаемых врачом – клиническим фармакологом; осуществление персонифицированного распределения (и, соответственно, учета) медикаментов.

Использование системы в Чулымской ЦРБ привело к сокращению недостаточно обоснованных обследований пациентов на 25 %, сокращению номенклатуры расходуемых медикаментов почти на треть, к уменьшению количества врачебных ошибок, связанных с назначением завышенных доз и взаимодействующих препаратов более чем на 50 %.

Система «ДОКА+» внедрена и в течение от полутора до трех лет используется в многопрофильных больницах различного статуса (в академичес-

кой клинике, городской и центральной районной больницах). В 2005 г. началось ее внедрение в ряде больниц Новосибирска и области, в Омске, Барнауле и Кемерове.

САРАНЧИНА С.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАБИЧУК Г.И.,
ЛОМОВА Л.А., ВЕЖНИНА Т.В.
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Эпидобстановка по туберкулезу (ТБ) в г. Кемерово характеризуется напряженностью. Противотуберкулезную помощь оказывает областной тубдиспансер (ОКПТД), в котором выделены должности главных городских специалистов фтизиатра и фтизиопедиатра, а так же врача по организационно-методической работе в городе.

Унифицирована система экспертной оценки лечебно-профилактической деятельности противотуберкулезной работы в учреждениях общей лечебной сети (ОЛС). По специально разработанным протоколам внедрены ежеквартальные тематические инспекторские проверки учреждений ОЛС по наиболее актуальным вопросам. Результаты их докладываются на аппаратных совещаниях в «Управлении здравоохранения» города и ОКПТД. На их основании принимаются управляющие решения.

Разработан и внедрен алгоритм выявления больных ТБ в ОЛС. Составлены методические рекомендации и настольные памятки для врачей. Проведены семинары по обучению врачей ОЛС выявлению и диагностике туберкулеза органов дыхания и туберкулеза внелегочных локализаций с использованием новых информационных технологий. Кабинеты «доврачебного» приема, где проводится скрининг больных с жалобами, подозрительными на ТБ, функционируют во всех ЛПУ. В лечебных учреждениях выделяются специальные комнаты для сбора мокроты. Организуются центры микроскопии мазка мокроты в ОЛС. Лаборанты города обучаются стандартизированной методике микроскопии мокроты на базе лаборатории ОКПТД.

Подготовлена и размещена информация по туберкулезу в Интернете. Организована рубрика «Белая ромашка» по вопросам профилактики туберкулеза в телефонном «виртуальном госпитале». Регулярно проводятся совещания по типу «круглого стола» по актуальным проблемам туберкулеза. С целью привлечения социально-дезадаптированных контингентов к обследованию на ТБ заключено соглашение с УВД о проведении флюороосмотров лиц, находящихся в изоляторах временного содержания, а также следственных изоляторах. Для предотвращения преждевременного прекращения лечения больными налажена система преемственности в работе между стационарным и амбулаторным этапами терапии, внедрено контролируемое лечение на амбулаторном этапе. Пункты лечения под непосредственным наблюдением открыты не только в ОКПТД, но и в крупных поликлиниках ОЛС города, центре социальной адаптации.

Больные открытой формой ТБ, злостно нарушающие режим лечения, а также умышленно уклоняющиеся от обследования или лечения, привлекаются к административной или уголовной ответственности на основе законодательства РФ. В штат ОКПТД введены юрист и социальный работник, осуществляющие консультативную и практическую помощь сотрудникам и больным.

В результате комплекса проведенных мероприятий удельный вес больных с запущенными формами туберкулеза снизился с 18,3 % в 2001 г. до 10,5 % в 2004 г. Охват населения с 15 лет флюорообследованием повысился с 47 % до 59 %. Удельный вес больных с отрывами от лечения сократился с 30 % до 10 %. Повысилась эффективность лечения впервые выявленных больных: частота прекращения бактериовыделения – с 56 % до 72 %, закрытия полостей распада – с 54 % до 62 %.

Работа по повышению уровня противотуберкулезных мероприятий в городе продолжается.

СИВОРОНОВ К.Н., ЧЕПРОВА М.Ф., ЯРОВОЙ В.В.,
ГУЛЬНЯШКИН В.А., ЗИМА Н.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Становление специализированной медицинской помощи больным с острыми отравлениями было обусловлено развитием ситуации, связанной с ростом распространенности острой химической патологии среди населения и частоты неблагоприятных исходов в результате экзогенных отравлений. Развитие токсикологической медицинской помощи в Кемеровской области происходило в несколько этапов.

1 этап – организация и развитие специализированного центра по лечению отравлений (1975-1999 гг.).

История создания центра по лечению острых отравлений началась задолго до 1975 года, когда не было специализированного отделения для лечения больных с острыми отравлениями, а помощь больным токсикологического профиля оказывалась в интенсивном блоке терапевтического отделения и с лета 1969 г. в отделении хирургической реанимации ЦГКБ № 3, впервые была организована реанимационная палата для лечения больных с отравлениям.

Кемеровский центр по лечению острых отравлений был организован в августе 1975 г. на базе ЦГКБ № 3 г. Кемерово. Основанием послужил приказ МЗ РСФСР от 26.03.70 г. № 70 «О мерах по дальнейшему укреплению токсикологической службы органов здравоохранения Российской Федерации». В соответствии с приказом, в структуре токсикологического центра были развернуты следующие подразделения: приемное отделение, палата интенсивной терапии на 6 коек, 9 терапевтических коек для долечивания токсикологических больных, химико-токсикологическая лаборатория.

В отделении в короткий срок была создана материально-техническая база, организована ХТЛ, раньше, чем в других клиниках, были внедрены методы пункции и катетеризации магистральных сосудов. Основу детоксикационных мероприятий в эти годы представляли методы очищения ЖКТ, форсированный диурез и антидотная терапия. К 1977 году Кемеровский центр по лечению острых отравлений стал одним из 13 межобластных и областных токсикологических центров, образованных на территории РСФСР. В центре осваиваются новые методы детоксикации: перитонеальный диализ, гемодиализ.

В эти годы токсикологическая ситуация в области характеризуется большим количеством бытовых отравлений алкоголем и его суррогатами, промышленными веществами, фосфорорганическими инсектицидами, медикаментами. В отделении появляется современная по тем временам дыхательная аппаратура и аппаратура для проведения детоксикации, в одном из первых в области внедряется методика проведения операции гемосорбции.

В структуре острых отравлений в конце 80-х годов произошли изменения, в частности, наблюдался быстрый рост отравлений психотропными препаратами, алкоголем и его суррогатами, наркотиками, а также количества суицидальных отравлений. Учитывая неблагоприятную токсикологическую ситуацию, в 1998 году выделяются 5 реанимационных коек для оказания экстренной помощи наркологическим больным.

2 этап – создание и развитие сети специализированных медицинских подразделений по лечению больных с острыми отравлениями.

В январе 1997 г. на базе филиала института общей реаниматологии (г. Новокузнецк) создается отделение токсико-наркологической реанимации, которое с 1999 г. реорганизуется в зональный центр по лечению острых отравлений. Таким образом, к 1999 г. в Кемеровской области сложилась определенная организационная структура отделений по оказанию специализированной токсикологической помощи.

В настоящее время в области функционируют 2 специализированных отделения по лечению острых отравлений: в г. Кемерово – МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского (областной центр по лечению острых отравлений) и в г. Новокузнецке – МУЗ ГБ № 2 им. Св. Георгия Победоносца (отделение токсико-наркологической реанимации). Токсикологическая помощь детям с отравлениями оказывается в областном центре по лечению острых отравлений в г. Кемерово.

В области функционируют 22 реанимационные койки для лечения отравлений у взрослых и 3 детских реанимационных койки для лечения отравлений у детей и, соответственно, 38 токсикологических коек для взрослых и 5 – для детей.

В специализированных центрах по лечению отравлений работают 16 врачей-токсикологов, в том числе 2 кандидата медицинских наук, 85 % врачей имеют высшую и первую квалификационные категории по клинической токсикологии, анестезиологии-реаниматологии.

Консультативную помощь всем лечебным учреждениям области в круглосуточном режиме оказывают врачи-токсикологи Кемеровского и Новокузнецкого центров по лечению отравлений, при необходимости используя средства санитарной авиации, выезжают в лечебные учреждения для консультаций, оказания неотложной помощи, проведения активной детоксикации. При массовых отравлениях, в составе токсико-терапевтических бригад постоянной готовности центра медицины катастроф, выезжают в очаг для организации и проведения лечебных мероприятий.

СМЕРДИН С.В., ЧЕРНОВ М.Т., ПЕЧЕРИНА И.В.,
КОПЫЛОВА И.Ф., БАБИЧУК Л.Д.
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЫТ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В 1995-2000 гг. при резком утяжелении эпидемиологической обстановки по туберкулезу (ТБ) катастрофически ухудшились исходы заболевания. В 2001-2002 гг. разработана и принята «Программа неотложных мероприятий по борьбе с туберкулезом в Кемеровской области». В бюджете здравоохранения области выделен специальный фонд для централизованного обеспечения всех противотуберкулезных учреждений и тубкабинетов ЦРБ противотуберкулезными препаратами (ПТП). Наряду с федеральными поставками, это обеспечило потребности области в ПТП. Подобным же образом выделены дополнительные средства на питание больных в стационарах противотуберкулезных учреждений. Проведено обучение врачебных и средних медицинских кадров новым подходам к лечению с учетом рекомендаций ВОЗ.

Внедрены стандартизованные режимы химиотерапии больных с адекватным набором ПТП, их оптимальными дозами. При этом сохраняется индивидуальный подход. Решение об изменении режима терапии принимается только коллегиально. Определены показания к стационарному лечению, в том числе медицинские, эпидемиологические, социальные. Сокращены сроки пребывания в стационаре до оптимальных. Внедрена система лечения в условиях дневного стационара. Больные без бактериовыделения лечатся преимущественно амбулаторно.

Созданы межтерриториальные центры противотуберкулезной помощи на базе наиболее крупных тубучреждений, за которыми закреплены прилегающие территории сельских районов и городов. Между этими центрами распределены потоки больных для стационарного лечения, что позволило ликвидировать очередность в областном противотуберкулезном диспансере.

Проведена профилизация стационарных отделений в зависимости от наличия бактериовыделения, определяемого в мазке мокроты больного, а так же лекарственной устойчивости микобактерий.

Разработана и внедрена система строгой преемственности между стационарным и диспансерным отделениями. Обеспечено строго контролируемое лечение с приемом ПТП под непосредственным наблюдением, как в условиях стационара, так и на амбулаторном этапе. Открыты пункты контролируемого лечения на базе ЛПУ общей лечебной сети, что позволило приблизить место лечения к больному. В случае неявки больного в пункт контролируемой терапии незамедлительно принимаются меры по предупреждению отрыва его от лечения. Медсестра связывается с больным по телефону или посещает его на дому. Злостно уклоняющихся привлекают к административной и уголовной ответственности в соответствии с законодательством РФ. В штат областного диспансера введены юрист и социальный работник, помогающие решать юридические и социальные проблемы, как медицинским работникам, так и пациентам.

В результате проведенного комплекса мероприятий удалось существенно повысить эффективность лечения впервые выявленных больных ТБ в области: прекращение бактериовыделения с 50 % до 73 % в 2004 г., закрытие полостей распада с 39 % до 54,5 %, соответственно.

Таким образом, внедрение адекватного обеспечения ПТП, рациональных режимов химиотерапии, распределения потоков больных для стационарного лечения, внедрение химиотерапии под непосредственным наблюдением с привлечением ОЛС обеспечили возможность существенного повышения эффективности лечения больных туберкулезом.

СОЛОВЬЕВА Ю.А., СОЛОВЬЕВ В.А.
Челябинская государственная медицинская академия,
Дорожная клиническая больница на станции Челябинск,
г. Челябинск

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛИНЕЙНОЙ ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний в поликлинике и на дому. Реализуя программу Государственных гарантий, оказывая населению бесплатную, общедоступную, квалифицированную медицинскую помощь в объемах и с учетом потребности, с применением современных медицинских технологий, приходится опираться на реальные условия и возможности.

Амбулатория Локомотивного поселка, являющаяся структурным подразделением Дорожной клинической больницы ст. Челябинск, находится в стороне от вокзала, изолирована железнодорожными путями, протяженность обслуживаемой территории составляет 5 км, максимальная удаленность от амбулатории – 3 км. Численность населения, обслуживаемого амбулаторией в 2004 г. составила 4610 человек. Прикрепленный контингент разделен на 2 участка. Особенностью является большое количество домов частного сектора. В амбулатории работают 2 врача, 6 медицинских сестер, в том числе старшая медсестра, процедурная медсестра, лаборант, предусмотрены 3 должности младшего медперсонала.

Темп убыли населения, проживающего на обслуживаемой территории, за 5 лет составил 92,4 %. Т.к. амбулатория относится к дорожной больнице, то выделяются такие категории обслуживаемого населения, как железнодорожники и нетранспортное население. Доля последних с 2000 г. по 2004 г. увеличилась в 1,5 раза, с 46,8 % до 69 %, что связано с относительно недорогой стоимостью жилья в поселке. С этим же связано снижение доли пенсионеров среди обслуживаемого населения, с 31,1 % в 2000 г. до 27,1 % в 2004 г., особенно за счет возрастной группы 70 лет и старше, уменьшение которых произошло почти в 2 раза. Отмечается большая доля пожилого населения, проживающего на территории обслуживания амбулатории, по сравнению с г. Челябинском, в котором удельный вес населения пожилого возраста за последние 5 лет составил, в среднем, 19,1 %. Отмечается небольшой рост численности мужского населения на обслуживаемой территории, с 44,9 % в 2000 г. до 46,9 % в 2004 г., что примерно соответствует общегородским данным.

Многолетний анализ состояния здоровья показал, что на первое место вышла заболеваемость, вызванная инфекционными и паразитарными заболеваниями, отмечается тенденция ее роста в 4 раза, с 52,9 на 1000 до 215, что связано с повышением заболеваемости острыми респираторными инфекциями, в том числе и в летний период времени. Второе место по уровню заболеваемости занимают болезни системы кровообращения (50,7 ‰ в 2000 г., 60 ‰ в 2003 г.), на третье место вышли болезни костно-мышечной системы, со снижением частоты случаев с 39,9 ‰ в 2000 г. до 32 ‰ в 2004 г.

Общая динамика посещений за 5 лет говорит о снижении количества посещений в поликлинику на прием, с 78 % в 2000 г. до 73 % в 2004 г., при одновременном возрастании доли обслуженных на дому, что отражает тенденцию снижения обращаемости населения за медицинской помощью и, как следствие, рост тяжести запущенных случаев заболеваний, что вторично влечет за собой увеличение доли обслуживаемых на дому. В амбулатории широко применяются стационарзамещающие технологии в виде стационара на дому, начиная с 2000 г., что, учитывая особенности контингента обслуживания, позволяет оказывать медицинскую помощь в амбулатории в наиболее полном объеме.

СОЛОДОВНИК А.Г.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

К ЮБИЛЕЮ БОЛЬНИЦЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КОЛЛЕКТИВОВ КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И БАЗОВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ (1980-1990 ГОДЫ)

Одним из направлений научной работы кафедры внутренних болезней № 1 в 80-90 гг. (зав. кафедрой проф. Хасис Г.Л., проф. Михеева А.П.) было изучение здоровья подростков города Кемерово в рамках региональной программы «Здоровье человека в Сибири». Согласно целям и задачам исследования, проведена комплексная оценка здоровья подростков различных социальных групп. Приоритетное место заболеваний системы пищеварения в структуре хронической патологии подростков, отсутствие научно обоснованных рекомендаций по многофакторной профилактике данной патологии явились обоснованием проведения клинико-эпидемиологического этапа нашего исследования.

Приказом городского отдела здравоохранения базой проведения исследования стала Городская клиническая больница № 3 (главный врач Швец Т.И.). В работе участвовали сотрудники гастроэнтерологического отделения (зав. отделением Докшина Е.С.), рентгенологического отделения (зав. отделением Воронин Ю.С.), клинической и биохимической лабораторий больницы (зав. отделением Кофман С.Л.), эндоскопического отделения (зав. отделением Волокитин В.М.). Морфологические исследования проводились совместно с врачом-морфологом Лактионовой С.М. Кроме того, на базе гастроэнтерологического отделения больницы была создана лаборатория, где сотрудниками кафедры доцентом Солодовник А.Г., к.м.н. Кравец М.Г проводились исследования по изучению двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта (электрогастрография, поэтажная манометрия, фракционное дуоденальное зондирование и др.).

Основные результаты работы: впервые изучены клинико-эпидемиологические особенности гастродуоденальной патологии у подростков 15-18 лет. В структуре заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта ведущее место занимает функциональная (неязвенная) диспепсия, морфологическим субстратом которой являются распространенный гастрит и дуоденит, с преимущественным поражением слизистой оболочки антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Углублены представления о роли инфекционного фактора (H. pylori) в развитии гастродуоденальной патологии у подростков. Моторно-тонические нарушения характеризовались признаками гастро-, дуоденостаза с дуоденогастральным и гастроэзофагеальным рефлюксами. Причины моторно-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки носили смешанный характер, с одновременным участием органического и функционального компонентов.

Врожденные аномалии формы и положения желудка и двенадцатиперстной кишки, артериомезентериальная компрессия являлись частыми причинами двигательных нарушений. Причины и характер двигательных нарушений билиарной системы и нижних отделов пищеварительного тракта были подобны двигательным нарушениям верхних отделов. Висцеральные аномалии сочетались с отклонениями в физическом развитии (низкий и высокий рост, дефицит массы тела), с внешними малыми аномалиями развития, аномалиями рефракции, опорно-двигательного аппарата и другими проявлениями дисплазии соединительной ткани.

Результаты исследований были опубликованы в региональной и центральной печати, в практическое здравоохранение внедрены методические рекомендации по раннему выявлению, лечению и профилактике заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у подростков. Защищена докторская диссертация «Особенности гастродуоденальной патологии у подростков» (Солодовник А.Г., 1998 г.)

Комплексные исследования и системный подход при изучении здоровья подростков позволили выйти на основные причины и патогенетические механизмы формирования возрастной патологии, определить роль синдрома дисплазии соединительной ткани в развитии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у подростков.

Система диспансеризации подростков с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, разработанная нами, остается востребованной и в настоящее время. Автор благодарит сотрудников кафедры внутренних болезней № 1, кафедры поликлинической терапии, сотрудников Центральной городской клинической больницы им. М.И. Подгорбунского, принимавших участие в программе исследования.

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

О НЕЙРОГИДРАВЛИЧЕСКОЙ ОРИЕНТАЦИИ ОРГАНИЗМА В ПРОСТРАНСТВЕ

В живом организме человека имеются системы для ориентации в пространстве, в которых участвуют органы слуха и равновесия, зрения, осязания, обоняния, тактильного чувства. Они обеспечивают передачу сигналов внешнего мира центральной нервной системе. Известно, что земное притяжение организм ощущает органами равновесия. Головному мозгу отводят роль органа, воспринимающего импульсы от органов чувств и перерабатывающего их, сохраняющего в памяти и предающего свои сигналы другим органам. О собственной роли головного и спинного мозга в ориентации в физическом пространстве пока не было научных сообщений, хотя мы знаем о многофункциональном предназначении каждого органа в целостном организме.

Нами установлено неизвестное ранее свойство живого организма к нейрогидравлической ориентации в пространстве в условиях внешнего притяжения вследствие изменений локального давления спинномозговой жидкости в различных участках центральной нервной системы, возникающих при перемене положения тела относительно направления внешнего притяжения. Открытие этого свойства живого организма основано на научных представлениях об анатомическом строении центральной нервной системы, в частности, о сообщающейся ликворной системе головного и спинного мозга, строении и иннервации оболочек головного и спинного мозга и гидродинамике в субарахноидальном пространстве.

Известно, что главным фактором, влияющим на перемещения жидкости в организме, является изменение положения тела в пространстве (И.И. Кожова, 1967). Ранее нами было установлено, что в одной и той же точке субарахноидального пространства при изменении положения тела изменяется и величина ликворного давления (В.С. Старых, 1986). Поскольку субарахноидальное пространство между головным и спинным мозгом сообщается и заполнено несжимаемой жидкостью, при изменении положения тела происходит перемещение максимального или минимального давления жидкости на мозговые оболочки из одной точки в другую. Следовательно, при изменении тела в пространстве, в частности, под влиянием земного притяжения, будет изменяться локальное ликворное давление в различных участках мозговой оболочки. При этом известно, что твердая мозговая оболочка является важной рефлексогенной зоной, имеющей отношение к поддержанию уровня внутричерепного давления. Например, раздражение ее вызывает изменения артериального и венозного давлений, дыхания и мозгового кровотока (О.А. Лапоногов, Л.Я. Лившиц, С.С. Михайлов, 1981).

Таким образом, мозговая оболочка воспринимает перемены гидравлического давления в субарахноидальном пространстве и выдает соответствующие сигналы организму. По ним о различиях гидравлического давления в разных участках мозговой оболочки, находящихся в заданном анатомотопографическом взаиморасположении с другими тканями, организм ориентируется в пространстве.

Открытие неизвестного ранее свойства живого организма к нейрогидравлической ориентации в пространстве в условиях внешнего притяжения вследствие изменений локального давления спинномозговой жидкости в различных участках центральной нервной системы, возникающих при перемене положения тела относительно направления внешнего притяжения, расширяет наши представления и открывает новые направления для дальнейших исследований функций органов центральной нервной системы.

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., СТАРИНЧИКОВА Л.И., ПОТКИНА Т.Н., ЛОНЧАКОВА И.Ю., МАМОНТОВ О.К., РЕСЕНЧУК А.И.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5, г. Кемерово

РАБОТА ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В СВЕТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реформы, проводимые в стране в последние годы, привели к переоценке объема медицинской помощи, оказываемой населению стационарным и поликлиническим звеном. С учетом новых экономических условий, некоторые виды лечебно-диагностических и реабилитационных

мероприятий были переведены в амбулаторно-поликлинические учреждения. На базе хирургического отделения Клинической поликлиники № 5 г. Кемерово в 1997 году был создан центр амбулаторной хирургии, цель работы которого – увеличение доступности плановой хирургической помощи населению. Объем оперативных вмешательств осуществляется в рамках «Положения о центре амбулаторной хирургии» и включает в себя общую хирургию, урологию и ортопедию. Кроме традиционных амбулаторных вмешательств, широко внедрены операции расширенного объема, являвшиеся ранее традиционными для стационаров.

Для обезболивания используются местная, проводниковая и внутривенная анестезия. В раннем послеоперационном периоде больные наблюдаются (операции расширенного профиля) в условиях палаты круглосуточного пребывания под наблюдением медсестры. Через сутки транспортом поликлиники больной транспортируется домой, где наблюдается лечащим врачом в условиях стационара на дому.

За годы работы ЦАХ (1997-2004 гг.) выполнено 3183 операции: грыжесечений – 101, венэктомий – 38, склеротерапия подкожных вен – 15, иссечение копчиковой кисты – 5, иссечение кисты урахуса – 1, резекция грудной железы, простая мастэктомия – 6, пластика вросшего ногтя – 250, иссечение келлоидного рубца – 5, операция Иванисевича – 2, операция Бергмана – 8, циркумцизия, пластика короткой уздечки полового члена – 20, иссечение кист семенного канатика – 4, иссечение гигром, бурсита – 148, иссечение ладонного апоневроза – 102, рассечение кольцевидной связки – 56, пластика сухожилия – 61, металлоостеосинтез – 182, удаление металлических конструкций – 85, прочие – 2077.

Для оказания высококвалифицированной хирургической помощи в ЦАХ созданы следующие условия:

- наличие квалифицированных кадров хирургов, урологов, ортопедов-травматологов, анестезиолога, операционных сестер;
- хорошо оборудованный операционный блок, оснащенный анестезиологической и реанимационной аппаратурой;
- четкая организация работы внутри отделения и взаимосвязь с другими отделениями и диагностическими службами поликлиники.

Опыт работы центра амбулаторной хирургии нашей поликлиники позволяет выделить следующие преимущества его работы:

- высокая экономическая эффективность (за годы работы экономический эффект составил около 4 млн. рублей),
- снижение стоимости лечения для больных, что делает хирургическую помощь более доступной,
- отсутствие госпитальной инфекции,
- лечение в ЦАХ с последующим долечиванием в стационаре на дому является для пациентов благоприятным психологическим фактором.

ТЕСЛЕНКО В.Р., ШИРШОВА Н.Е.
Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Решение проблемы организации стоматологической помощи студенческой молодежи является необходимым, своевременным и требует комплексного подхода. Челябинская городская клиническая больница № 2 – специализированное лечебное учреждение, предназначенное для оказания медицинской, в том числе, стоматологической помощи студентам города Челябинска, может стать ключевым звеном в решении данной проблемы.

Целью исследования явился маркетинговый анализ работы стоматологического отделения студенческой поликлиники.

В соответствии с целью исследования, нами проведено анкетирование студентов Челябинской государственной медицинской академии. Разработанная анкета содержит ряд вопросов, характеризующих организационную структуру стоматологической помощи студентам города Челябинска и степень удовлетворенности стоматологическим обслуживанием в поликлинике ГКБ № 2. В анкетировании принимали участие студенты II-V курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов, среди респондентов было 26,7 % мужчин и 73,3 % женщин.

По результатам анкетирования, за стоматологической помощью в частные стоматологические учреждения обращаются 42,9 % респондентов; районные стоматологические поликлиники посещают 38,8 % студентов; получают помощь в студенческой поликлинике лишь 15,6 % респондентов, 4,8 % студентов обращаются в стоматологическую клинику ЧелГМА. Среди студентов стоматологического факультета число лиц, посещающих сту-

денческую поликлинику, значительно меньше — 2,4 %. Мы попытались выяснить, чем обусловлено такое положение вещей.

Результаты исследования удовлетворенности студентов отдельными параметрами работы стоматологического отделения студенческой поликлиники выглядят следующим образом. Качество медицинской помощи по пятибалльной системе студенты оценили, в среднем, на 3,1 балла; безболезненность лечения — на 3 балла; отношение персонала — на 3,2 балла. Состояние стоматологического оборудования оценено студентами на 3,3 балла, состояние помещения — на 3,1 балла, санитарные условия — на 3,4 балла. Наименьшая оценка, по результатам анкетирования, была дана таким важным параметрам, как график работы — 1,9 балла и организация работы поликлиники — 2,4 балла.

Среди пожеланий по организации стоматологической помощи студенческой молодежи 34,6 из 100 респондентов указали на необходимость сделать стоматологическое обслуживание более доступным для студентов; 30,2 — отметили повышение качества лечения. Наиболее важной считают организацию профилактических мероприятий для студенческой молодежи, таких как первичные осмотры, плановая санация полости рта, стоматологическое просвещение, 15,7 из 100 опрошенных, это в основном студенты стоматологического факультета; 7,2 из 100 респондентов предложили повысить качество подготовки специалистов стоматологического профиля.

Таким образом, низкая удовлетворенность пациентов качеством стоматологического обслуживания в студенческой поликлинике (средняя оценка по всем параметрам 2,9 балла по пятибалльной системе) не позволяет в настоящее время рассматривать данное учреждение, как основное звено в решении проблемы стоматологического обслуживания студентов. Результаты исследования будут использованы в дальнейшей работе по совершенствованию организационной структуры стоматологической помощи студенческой молодежи.

УШАКОВА Г.А., КУБАСОВА Л.А., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.,
ДЕМЬЯНОВА Т.Н., ГРИГОРУК Н.П., ЕЛГИНА С.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ГКБ № 3

ГКБ № 3 является крупным многопрофильным лечебным учреждением и организационно-методическим центром. На базе больницы работают 5 кафедр КемГМА, в том числе кафедра акушерства и гинекологии № 1. Акушерско-гинекологическая служба ГКБ № 3 имеет в своем составе гинекологическое отделение на 60 коек и родильный дом на 115 коек. Проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин имеют большое медико-социальное значение, так как уровни материнской и перинатальной смертности являются одними из ведущих показателей, характеризующих здоровье населения.

В 2002-2004 годах в акушерской клинике случаев материнской смертности не было, показатели перинатальной смертности удалось стабилизировать (2002 г. — 10 ‰, 2003 г. — 8,7 ‰, 2004 г. — 4,6 ‰). Всего принято родов в 2002 г. — 2576, в 2003 г. — 2637, в 2004 г. — 2574, кесаревых сечений — 15,8 %, 17,1%, 19 %, соответственно; программированных родов — 3,7 %, 1,2 %, 2,2 %; «вертикальных» родов — 1,1 %, 0,1 %, 0,04 %; родов «в воду» — 0 %, 0,15 %, 0,04 %; приложено к груди в родильном зале — 81,7 %, 87,2 %, 78 % новорожденных. При современном родоразрешении используется синтетический рассасывающийся шовный материал полисорб — биосовместимый, атравматичный.

Внедрение в практику высокоэффективных и достоверных диагностических методик является важной задачей в акушерстве. Гистероскопия значительно расширяет диагностические возможности внутриматочной патологии в послеродовом и послеоперационном периодах, позволяет своевременно и эффективно контролировать состояние эндометрия, регенерацию плацентарной площадки и заживление послеоперационного рубца.

В 2003-2004 гг. внедрена в практику кардиоинтервалография матери и плода в оценке функционального состояния системы «мать — плацента — плод» при невынашивании, гипоксии, гестозах, что позволило своевременно принимать решение о способе и сроке разрешения и снизить перинатальную смертность.

Воспалительные заболевания придатков матки занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин нарушений репродуктивного здоровья женщин. Использование комплексной терапии гнойных тубоовариальных образований при-

датков матки с включением пункции гнойника и экстракорпоральных методов гемокоррекции позволило снизить выполнение радикальных хирургических вмешательств у женщин репродуктивного возраста. Внедрение в клиническую практику эндоскопических методик существенно изменило диагностическую и лечебную тактику при многих гинекологических заболеваниях, особенно при внематочной беременности, бесплодии, эндометриозе. Применение эндоскопических методов лечения позволяет производить реконструктивно-пластические оперативные вмешательства с минимальной травмой органов малого таза, что является перспективным в плане сохранения репродуктивного здоровья женщин.

Важным аспектом в работе акушерско-гинекологической клиники в составе крупной клинической больницы является внутренняя среда в коллективе, мотивация персонала на качественное предоставление медицинской помощи, достойное отношение к пациентам, так как охрана здоровья населения, прежде всего, матери и ребенка, является задачей первостепенной важности в системе здравоохранения.

ФОМИНА А.В.
Российский университет дружбы народов, г. Москва

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ СЕМЕЙ

Доступность лекарственной помощи является одним из важнейших критериев удовлетворения потребностей населения в сохранении здоровья. В течение ряда последних лет заслужил признание опыт получения информации, касающейся доступности фармацевтических услуг и характеристики потребителей, путем проведения опросов выборочных групп населения. Эти данные позволяют судить о самооценке здоровья различными группами населения, уровне оказания лекарственной помощи, распространенности и причинах жизненных ограничений и возможности их коррекции, потребности населения (семей) в лекарственной терапии.

Проведенное нами исследование (2004-2005 гг.) по изучению вопросов доступности лекарственной помощи на уровне семьи, в котором приняли участие 400 семей, позволило получить следующие результаты. 52 % семей, в среднем, тратят на лекарственные средства (ЛС) от 1 до 5 % своего среднемесячного бюджета, 36 % семей расходуют на ЛС менее 1 % в месяц, 8 % семей – от 6 до 10 % среднемесячного бюджета, 4 % семей – свыше 10 % семейного бюджета.

В значительной степени ЛС приобретаются по собственной инициативе (60 % купленных ЛС), на основании этих данных можно полагать, что рост самолечения и самопрофилактики в нашей стране находится на достаточно высоком уровне. Это косвенным образом может свидетельствовать о снижении доступности медицинской помощи, но также и о достаточно высоком потенциале потребности в здоровье.

Несмотря на развитие рыночных отношений в фармацевтической отрасли и распространение аптечных учреждений различных форм собственности, 52 % опрошенных продолжают приобретать ЛС преимущественно в государственных или муниципальных аптечных учреждениях, в 18 % случаев для покупки ЛС пользуются частными аптечными учреждениями, в 10 % – покупают ЛС преимущественно в аптечных киосках, для 34 % респондентов принадлежность аптечного учреждения к государственной или частной форме собственности не имеет значения.

Основными факторами, повлиявшими на выбор аптечного учреждения для покупки ЛС, стали удобное расположение аптеки (рядом с домом, по пути на работу/учебу) – 74 % ответов, большой ассортимент ЛС – 40 %, уверенность в качестве приобретаемых ЛС – 28 %, низкие цены – 20 %, принадлежность к государственной сети – 16 %. Несмотря на достаточно большой ассортимент ЛС и пошаговую доступность аптечных учреждений, основной причиной отказа от покупки ЛС, в том числе назначенных врачом, продолжает оставаться их высокая стоимость – 42 % респондентов считают, что при невозможности оплатить ЛС они откажутся от лекарственной терапии. 34 % считают, что отказаться от лекарственной терапии смогут, если будут убеждены в отсутствии лечебного эффекта от принимаемых препаратов.

Таким образом, при оценке доступности лекарственной помощи на основе социологического изучения мнений семьи показано, что одним из основных факторов, влияющих на выбор фармацевтических учреждений, является стоимость ЛС. Наряду с этим, среди перечисленных факторов, формирующих доступность и спрос на фармацевтическую помощь со стороны семей, установлены структура и уровни заболеваемости, демографическая структура семей, доходы семейных бюджетов и др.

Вместе с тем, привлечение средств граждан для покрытия расходов на лекарственную терапию означает необходимость доплат из семейного бюджета, что может иметь негативные последствия с точки зрения обеспечения равенства в получении медицинской и лекарственной помощи.

ХОВРИН А.И.
Челябинская государственная медицинская академия,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
г. Челябинск

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В изменившихся условиях материальный фактор, как элемент рыночных отношений, усложнил взаимоотношения врача и пациента. Единство этических принципов, в основе которого равенство всех перед болезнью, требует полной профессиональной отдачи, независимо от личности, статуса и финансовой состоятельности больного. Новые же рыночные отношения диктуют разный подход к тем, кто платит, и тем, кто получает медицинскую помощь бесплатно. Так, 96,4 % врачей отметили, что пациентов, которые получают медицинские услуги на платной основе, они принимают вне очереди. Продолжительность приема больных, получающих платные и бесплатные медицинские услуги, также отличается. Более трети опрошенных врачей отметили, что платежеспособным пациентам они уделяют больше времени и внимания. Кроме того, 90,7 % участников опроса указали на различия в способах и методах диагностики и лечения, которые они назначают пациентам. Таким образом, сегодня сформировались два типа этики: одна предназначена для платежеспособных, другая – для неплатежеспособных пациентов.

От Гиппократа идет требование бескорыстия врача, но от него же – понимание того, что врач должен получать достойную справедливую оплату. Вересаев С.В. писал о частой унизительности прямых платежей врачу при одновременных требованиях «бескорыстия» с его стороны.

Сегодня врачи вынуждены, вольно или невольно, выстраивать разные стратегии поведения, отдавая предпочтение тем, за кого платят дополнительные деньги или кому оказывают платные услуги. Поскольку неплатежеспособными оказываются в основном пенсионеры, бюджетники, инвалиды, то предоставление медицинской помощи им играет особую роль. Именно они составляют большую часть пациентов в системе обязательного медицинского страхования. Отсюда напрашиваются два вывода: с одной стороны, преобладание данных категорий среди пациентов государственных ЛПУ приводит к падению престижа и доверия к бесплатной медицине, с другой стороны, разная стратегия поведения врачей по отношению к пациентам нередко приводит к конфликтам между ними. Почти все врачи (98,5 %) отметили, что между ними и пациентами возникали конфликты. Наиболее частыми причинами были длительное ожидание приема, невнимательное отношение к пациенту, предложения врача оплатить некоторые медицинские услуги, которые, по мнению пациента, должны были быть бесплатными.

Таким образом, об адекватности реформирования системы здравоохранения можно судить по тому, какие изменения происходят в статусе врача.

ЧУПРОВА Т.А., НИЛОВА О.Л.
Кемеровский областной медицинский колледж,
г. Кемерово

РОЛЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ

Принципиально новые условия и содержание современного образования, сложившиеся в нашей стране в связи с процессами реформирования здравоохранения, принятием отраслевой Программы развития сестринского дела, кардинальным образом изменили требования к качествам, которыми должны обладать будущие специалисты сестринского дела.

Согласно отраслевой Программе развития сестринского дела в России, стратегия развития сестринского дела должна соответствовать меняющимся потребностям здравоохранения, быть социально приемлемой, гарантировать высокое качество оказания медицинской помощи населению. Поэтому одним из приоритетных направлений данного концептуального документа является формирование специалиста сестринского дела новой формации – высоко квалифицированного специалиста, способного к принятию решений в пределах своей компетенции и обладающего самостоятельностью.

Современный процесс обучения существенно отличается от предыдущей подготовки специалистов, ориентирован на потребности пациента, квалифицированный системный уход за пациентом, с использованием инновационных технологий, таких как сестринский процесс, периоперативный процесс, оккупациональная практика, паллиативная медицина.

Уникальный опыт творческого содружества в подготовке специалистов сестринского дела сложился с коллективом одной из старейших больниц города – Городской клинической больницей № 3 им. М.А. Подгорбунского. Именно в этом ЛПУ впервые в Кузбассе были введены в практику инновационные сестринские технологии.

Для реализации современных требований образовательного процесса возникла необходимость создания модели внедрения инновационных сестринских технологий в практику учреждений здравоохранения с введением в ЛПУ должности преподавателя-консультанта. Преподаватели-консультанты являются ключевыми фигурами в отработке применяемых организационных сестринских технологий, наличие которых дает возможность не только оптимизировать уход за пациентами, но и демонстрировать современные методы работы сестринского персонала студентам. На сегодняшний день в больнице работают 6 преподавателей-консультантов по направлениям: психология, сестринское дело в терапии, сестринское дело в неврологии, сестринское дело в хирургии.

Сложившаяся система работы позволяет прививать специалистам три группы способностей и качеств, которые формируются в процессе обучения: наличие определенных навыков и умений; наличие способности понимать ситуацию; наличие определенного поведения. Наличие определенных навыков и умений включает умение работать с пациентом, эффективное общение, обследование, планирование сестринского ухода и другой тактики действия, умение работать с информацией, с документами. Наличие способности понимать ситуацию и происходящие процессы предполагает, что выпускник не только знает основы течения патологического процесса, т.е. понимает и умеет анализировать и оценивать состояние здоровья, но и может активно выявлять проблемы пациента, связанные с медицинскими, социальными, психологическими, семейными аспектами. Предполагается, что выпускник умеет понимать поведение человека, анализировать и оценивать его поступки, предсказывать возможные реакции с его стороны и возможные действия. Выпускник должен понимать особенности деятельности лечебно-профилактического учреждения и его возможности.

Наличие определенного поведения предполагает определенный уровень культурного развития (знание и понимание истории и традиций народа и страны), умение вести себя в соответствии с нормами этики, знание этикета. Выпускник должен уметь работать в группе, коллективе, соотносить свои интересы, подчиняться требованиям коллектива. Должно быть развито умение обучаться и умение учиться, совершенствоваться, стремление к ответственному и преданному отношению к лечебно-профилактическому учреждению и выполняемой работе.

Современный процесс обучения – 2-х сторонний процесс. С одной стороны, преподаватели колледжа способствуют внедрению инновационных технологий в практическое здравоохранение, тем самым формируют соответствующую среду для обучения студентов, с другой стороны, современная научно-практическая работа, проводимая преподавателями, практикующими сестрами, сестрами-организаторами, направлена на повышение качества медицинской помощи, оптимизацию работы сестринского персонала, постоянное повышение уровня знаний специалистов сестринского дела.

В процессе такого обучения формируется положительное отношение студента к лечебно-профилактическому учреждению, идет становление профессиональных качеств личности. Сложившаяся система образования позволяет готовить мудрого человека, умеющего предвидеть будущее и вести себя таким образом, чтобы это будущее оказалось благоприятным.

ШАПКИН А.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Качественное образование в медицинских ВУЗах является серьезной проблемой не только преподавательского состава. Это проблема социально-экономическая – отсутствие адекватного финансирования, низкий социальный статус медицинских работников, тяжелые, а подчас и опасные, условия труда врача, высокая профессиональная ответственность, правовая незащищенность.

Процесс изучения клинических предметов в высших медицинских учебных учреждениях включает теоретическую и практическую подготовку. Учебная программа в настоящее время имеет тенденцию к сокращению по отношению к программам предыдущих лет, уменьшается количество лекционных и практических занятий. При этом совершенствование медицинской науки, введение в практику новых технологий, методик и т.д. вызывает необходимость увеличения объема и качества знаний.

Преподавание любого клинического предмета состоит из нескольких основных составляющих: теоретические знания и практические навыки, включающие самостоятельную курацию больных, ассистирование на манипуляциях и операциях и т.п. Большая часть этих занятий проходит в клинике, под руководством преподавателя, однако значительная часть так и остается теоретическими. Это связано с трудностью работы преподавательского состава и студентов в лечебных учреждениях, особенно в тех, в которых оказание медицинской помощи проводится в условиях страховой медицины. К сожалению, зачастую в таких клиниках имеются сложные отношения кафедр и администрации, нежелание самих больных общаться со студентами. Страдают от такой ситуации не только будущие практикующие врачи – студенты, интерны, ординаторы; но и больные, сейчас, а еще больше в будущем, так как скоро подготовить квалифицированного врача с хорошими клиническими знаниями станет весьма проблематично.

Какой же найти выход из этой ситуации? Есть вариант, который опробован во многих странах, когда обучение ведется на фантомах и волонтерах, имитирующих необходимую патологию, что требует значительных капиталовложений. Второй вариант – это создание клиник при ВУЗах, в которых работали бы преподаватели и проходили обучение студенты, но и это требует значительного финансирования, что трудно осуществимо в нынешней экономической ситуации.

Решение проблемы воспитания клинически грамотных медицинских кадров – это проблема не только ВУЗа и/или его преподавателей, но и лечебных учреждений, заинтересованных в получении грамотного специалиста. На местном уровне возможно урегулировать отношения между администрациями лечебных учреждений и кафедрами ВУЗов, от их взаимодействия улучшается, в первую очередь, конечный результат – качество оказания медицинской помощи больному, так как в лечении больного будут принимать участие практические врачи в содружестве с преподавателями, обладающими академическими знаниями, и будут воспитываться грамотные врачи из сегодняшних студентов. Привлечение студентов к работе с больными при изучении тех или иных нозологий приведет к тому, что студенты не будут оторваны в своем обучении от практики и больного, что в свою очередь повлияет на качество обучения и формирование у студентов клинического мышления. Таким образом, только объединив усилия лечебных учреждений и медицинских ВУЗов в воспитании клинически грамотного врача и, одновременно, лечении больного можно добиться положительного результата.

ШАПКИНА Н.Б.
Кемеровское областное бюро судебно-медицинской экспертизы,
г. Кемерово

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

В отделе сложных экспертиз Кемеровского областного бюро СМЭ за 2000-2004 гг. проведено 210 экспертиз (СМЭ) качества оказания медицинской помощи. Медицинская помощь, оказанная врачами-хирургами, оценена в 32 случаях, т.е. 15,2 %, и занимает второе место среди

врачебных специальностей. Хирургическая помощь (ХП) в 28 случаях (87,5 %) оказана в условиях стационаров, и в 4-х (12,5 %) – в условиях поликлиники.

Только в 7 СМЭ (22 %) ХП оказана правильно, в 25 (78 %) были выявлены диагностические и/или лечебно-тактические недостатки. Дефекты диагностики основного заболевания из-за несвоевременно поставленного диагноза составили 5 случаев (15,6 %), из-за неполно поставленного диагноза – 3 (9,4 %), из-за неправильно поставленного диагноза – 7 (21,9 %); дефекты диагностики осложнений – 10 (31,3 %), 1 (3,1 %), 8 (25 %), соответственно. Правильно, полно и своевременно были выставлены 17 диагнозов основного заболевания (53,1 %) и13 случаев осложнений (40,6 %).

Отсутствие диагностических дефектов отмечено в 11 СМЭ (34,4 %). Наиболее часто дефекты выявлены при диагностировании таких нозологий, как закрытая травма живота (4 случая), острый аппендицит (3), тромбоз брыжеечных сосудов (2), панкреонекроз (2) и основного осложнения – перитонита (6 случаев). Основными причинами диагностических ошибок явились: неполное или несвоевременное обследование больного (10 СМЭ), недооценка или игнорирование клинических симптомов или результатов обследований (10), отсутствие должного динамического наблюдения за состоянием пациента (7), неполно собранный анамнез, тяжелое состояние больного (6), атипичное течение заболевания (2).

Лечебно-тактические ошибки выявлены в 24 СМЭ (75 %), и только в 8-ми (25 %) лечебные мероприятия проведены правильно. Выявлены следующие лечебно-тактические недостатки: неадекватная лекарственная терапия (8 случаев), отсутствие динамического наблюдения за больным (7), неадекватная профилактика осложнений (6), отказ в госпитализации больного (5), несвоевременный перевод в отделение реанимации или специализированное лечебное учреждение (4), отсутствие консультативных осмотров врачей-специалистов (3), невыполнение операции (2), а также дефекты оперативного лечения (14). В 18 СМЭ (56 %) выявлены дефекты консервативной терапии, наиболее частым из которых явилась ее недостаточная интенсивность (25 %).Оперативное лечение проведено в 23 анализируемых экспертизах, при этом только в 39 % случаев выполнено правильно, своевременно, без нарушения оперативной технологии. В 4-х случаях были выявлены технические ошибки при выполнении операции: нарушение целостности внутренних органов (2), оставление инородных предметов (1), недостаточный гемостаз (1).

Влияние выявленных диагностических и лечебно-тактических дефектов на исход заболевания выглядит следующим образом: способствовали смерти – 10, прогрессирование заболевания, дополнительные операций и лечение – 7, утрата органа или функции – 2, инвалидность, утрата проф. трудоспособности – 2, вызвали болезнь – 1, не повлияли на исход – 6.

Таким образом, экспертизы качества хирургической помощи составляют 15 % всех врачебных экспертиз, в 78 % из которых выявлены недостатки. В 65 % СМЭ отмечены дефекты диагностики, наиболее частой причиной которых явилось неполное обследование или недооценка его результатов. В 75 % СМЭ выявлены лечебно-тактические недостатки. В 76 % случаев дефекты оказали неблагоприятное влияние на исход заболевания.

Раздел II
ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

АЛИФИРОВА В.М., АНТУХОВА О.М.
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТОВ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА

Цель исследования – изучить факторы риска (ФР) мозговых инсультов (МИ) в популяции промышленного центра Западной Сибири на примере г. Северска Томской области, разработать подходы к его профилактике.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Факторы риска МИ изучены в соответствии с критериями Программы НАБИ «Регистр инсульта» (2001) при методической поддержке НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина (г. Новосибирск). Проанализированы распространенность артериальной гипертензии (АГ), курения, заболеваний сердца, инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, фибрилляции предсердий (ФП), дислипидемии (ДЛП), сахарного диабета (СД), стресса, гиподинамии, злоупотребления алкоголем, наклонности к острой и соленой пище, избыточной массы тела у 853 больных МИ в возрасте от 18 до 91 года (мужчин 45,5 %, женщин 54,5 %). Проведено исследование по методу «случай-контроль».

Основная группа составила 100 больных МИ (мужчин 44, женщин 55) в возрасте 45-74 года, критерием отбора являлась максимальная полнота обследования. Контрольную группу (n = 100) формировали методом подбора пар соответствующего пола и возраста из числа пациентов, не имевших в анамнезе МИ и транзиторных ишемических атак, компенсированных по основному заболеванию. При математической обработке данных использованы методы аналитической и вариационной статистики стандартного статистического пакета SAS 8.0. Критический уровень значимости принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В изученной когорте больных распространенность АГ составила 79,4 %, заболеваний сердца – 44,2 %, курения – 30,4 %, ДЛП – 18,4 %, стресса – 16,9 %, ФП – 16,8 %, СД – 14,4 %, ИМ в анамнезе – 13,3 %. В группе мужчин распространенность курения выше в 7 раз, злоупотребления алкоголем – в 5 раз, перенесенного ИМ – в 2 раза. В группе женщин чаще встречались АГ, заболевания сердца, ДЛП, стресс, СД. В исследовании «случай-контроль» установлены статистически значимые ФР развития инсульта: отношение шансов при ФП – 4,83, при АГ – 2,48, при сочетании АГ и курения – 2,51. К влиянию активного курения следует отнести не менее 50 случаев МИ ежегодно.

Проанализировано влияние изученных ФР на развитие смертельного МИ. АГ одинаково часто встречалась среди выживших и умерших, 73 % больных не получали гипотензивную терапию. Неблагоприятными прогностическими факторами являются вторая ($p = 0,0011$) и третья ($p = 0,0449$) степени АГ, нерегулярность или отсутствие лечения ($p = 0,0178$), сердечная недостаточность и стенокардия ($p < 0,0001$), ФП ($p = 0,0046$), СД ($p = 0,0457$), гиподинамия ($p = 0,0002$), церебральные гипертонические кризы ($p = 0,0472$), признаки хронической недостаточности мозгового кровообращения ($p < 0,0001$) в анамнезе. В выборке мужчин статистически значимыми факторами оказались заболевания сердца ($p < 0,0001$) и перенесенный ИМ ($p = 0,0193$), у женщин – ФП ($p = 0,0033$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактические мероприятия должны быть направлены на коррекцию модифицируемых факторов риска инсульта, в первую очередь, на выявление и активное лечение лиц, страдающих артериальной гипертонией и заболеваниями сердца, и на борьбу с курением.

АЛИФИРОВА В.М., АНТУХОВА О.М.
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНСУЛЬТОВ В СЕВЕРСКЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕГИСТРА)

Цель исследования – изучить клинико-эпидемиологические характеристики мозговых инсультов (МИ) в популяции промышленного центра Западной Сибири на примере г. Северска Томской области, разработать подходы к его профилактике, алгоритм оказа-

ния медицинской помощи с учетом региональных особенностей.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проводилось проспективное популяционное исследование эпидемиологических показателей МИ в г. Северске с 1 января 2002 г. по 31 декабря 2003 г. Применялась текущая регистрация случаев МИ на основании рекомендаций программы НАБИ «Регистр инсульта» (2001) и методики ВОЗ «Hot Persuit». Численность популяции составила 111,5 тыс. человек. Зарегистрировано 853 случая МИ у больных от 18 до 91 года, мужчины составили 45,5 % (n = 388), женщины – 54,5 % (n = 465). Средний возраст заболевших мужчин 62,7 ± 10,3 года, женщин – 66,6 ± 11,3 лет.

Исследованы функциональные исходы у 632 выживших больных. Проанализированы 2769 свидетельств о смерти, 24 протокола судебно-медицинской экспертизы, 140 амбулаторных карт больных, умерших на дому и имеющих диагноз ОНМК в качестве основной причины смерти. При математической обработке данных использованы методы аналитической и вариационной статистики стандартного статистического пакета SAS 8.0. Стандартизованные показатели вычисляли с учетом возрастно-половой структуры населения Северска в 2002-2003 гг., применяли метод прямой стандартизации к Европейскому населению.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что стандартизованный по возрасту (СВ) показатель заболеваемости инсультом (первичные и повторные случаи) на 1000 жителей в 2002 г. составил 3,99 (мужчины 4,74, женщины 3,47, $p < 0,05$), в 2003 г. – 3,76 (мужчины 4,25, женщины 3,41). Повторные МИ составили 25 %. В возрастной группе 45-54 лет стандартизованные показатели заболеваемости возрастают в 5 раз, по сравнению с предыдущим десятилетием. В структуре МИ преобладали инфаркты мозга (66,7 %), заболеваемость которыми увеличивается с возрастом. Аналогичный показатель при геморрагических формах МИ остается на одном уровне в разных возрастных группах.

В 2002 г. зарегистрировано 105 случаев смертельного МИ, в 2003 г. – 116, СВ показатель смертности в 2002 г. составил 1,03 (мужчины 0,91, женщины 1,07), в 2003 г. – 1,02 (мужчины 1,34, женщины 0,85). Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами не установлено. Показатели смертности при первичном инсульте выше, чем при повторном (в 2002 г. – 0,76 и 0,27, в 2003 г. – 0,72 и 0,3, соответственно). Каждый четвертый смертельный инсульт возникает у лиц старше 74 лет. Летальность в остром периоде инсульта в 2002 г. составила 24,9 %, в 2003 г. – 26,9 %. При недифференцированных (50,3 %) и геморрагических (46,6 %) инсультах летальность выше, чем при инфарктах мозга (14,6 %) ($p < 0,05$).

В остром периоде МИ госпитализированы 94,5 % больных. Компьютерная томография головного мозга проведена в 78,9 % случаев. Хирургическая активность при внутримозговых кровоизлияниях составила 1,1 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эпидемиологическая ситуация в отношении МИ в регионе характеризуется как напряженная, диктующая необходимость проведения профилактических мероприятий на индивидуальном и популяционном уровнях.

АЛИФИРОВА В.М., НИКОЛАЕВА Т.Н., ТИТОВА М.А.
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ В ГОРОДЕ ТОМСКЕ

Проблема сосудистых поражений головного мозга является ведущей в современной неврологии. Инсульт занимает третье место в структуре смертности взрослого населения. Важную роль в развитии заболевания играют факторы риска.

Цель исследования – изучение эпидемиологических показателей и факторов риска церебральных инсультов в Кировском районе города Томска.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось по методике регистра в соответствии с рекомендациями Национальной Ассоциации по Борьбе с Инсультом по инициативе кафедры неврологии СибГМУ г. Томска, при методической помощи НИИ патологии кровообращения г. Новосибирска. Диагноз инсульта основывался на стандартных международных критериях. Изучали частоту, характер, исходы и факторы риска инсультов у жителей Кировского района города Томска (с населением 118 тыс. человек).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За два календарных года зарегистрировано 366 случаев церебральных инсультов у лиц 24-74 лет, из них мужчины составили 56 % (205 чел.),

женщины 44 % (161). Первичных инсультов было 83 % (304), повторных 17 % (62). Соотношение ишемических и геморрагических форм составило 3,3/1 (281/85). Общая летальность равна 23,7 % (87), летальность от геморрагических форм – 42 % (36), от ишемических – 20,6 % (58). Среди основных факторов риска артериальная гипертензия выявлена у 87,7 % (321), ИБС – у 47,8 % (175), курение – у 46 % (171), мерцательная аритмия – у 24,5 % (90), дислипидемия – у 30 % (111), сахарный диабет – у 21 % (77). Один фактор риска зарегистрирован в 18 % случаев (69), три и более факторов – у 41 % (150). Более половины больных с артериальной гипертонией не получали адекватного лечения, либо вообще не лечились.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о том, что ведущим фактором риска церебральных инсультов является артериальная гипертензия, что соответствует данным регистров инсульта по России. Второе место занимают заболевания сердца. Одним из наиболее распространенных факторов риска является курение. В связи с этим, необходимо проведение организационных мероприятий по профилактике мозговых инсультов посредством воздействия на ведущие факторы риска. Целесообразным является создание при поликлиниках города кабинетов по профилактике инсультов, а также проведение просветительских мероприятий по пропаганде здорового образа жизни.

АНДРЕЕВА В.И, МАРЦИЯШ А.А, ЛАСТОЧКИНА Л.А., ЭДИГЕЙ Н.А.
Кемеровский кардиологический центр,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, АССОЦИИРОВАННОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Проблема эффективной и безопасной реабилитации больных сахарным диабетом (СД) и, особенно, ассоциированного с ишемической болезнью сердца, является особенно актуальной и социально значимой, поскольку именно эти заболевания вызывают наибольшую инвалидизацию и смертность, требуют от общества больших финансовых затрат для оплаты листов нетрудоспособности и проведения лечебных мероприятий.

В последние годы в практику внедряются методы не медикаментозного лечения больных, их использование значительно дополняет и расширяет возможности врача в консервативной терапии. Они назначаются изолированно и в комбинации с медикаментозными средствами.

Цель исследования – оценка эффективности восстановительного лечения больных сахарным диабетом 2 типа, ассоциированного с ишемической болезнью сердца, с использованием низкоинтенсивной лазерной терапии.

На поликлиническом этапе восстановительного лечения обследованы 84 больных, перенесших в течение прошедшего года инфаркт миокарда (ИМ), возраст больных составил 51,2 ± 8,5 лет. До заболевания 71 человек (84,5 %) работали, 4 (5,6 %) имели инвалидность III группы вследствие перенесенного ранее ИМ. В зависимости от проводимой терапии, методом случайного отбора, все больные были разделены на две группы: 42 больных (50 %) получали медикаментозную терапию – 1 группа; 42 больных (50 %), кроме медикаментозной терапии, получали лазерную – 2 группа (гелий-неоновый лазер «УЛФ-01» – дистантная методика). Для исключения влияния фармакотерапии на конечную эффективность лечения все больные получали максимально стандартизованное лечение. Достоверность клинического испытания обеспечивалась однородностью групп сравнения по основным признакам, влияющим на исход заболевания.

Обращаясь в целом к результатам реабилитации, необходимо подчеркнуть, что у большинства пациентов в конце поликлинического этапа лечения отмечено улучшение общего соматического состояния (в 1-й группе улучшение у 78,5 % больных, во 2-й – у 88 %). При этом, во 2-й группе улучшение состояния наступало на 2-3 дня раньше и эффект сохранялся более длительно.

Через 12 месяцев в 1-й группе к труду возвратились 76,3 % больных, у 10,5 % определялись стойко выраженные расстройства функции кровообращения, у 13 % больных с благоприятным клиническим прогнозом сохранялись признаки временной утраты трудоспособности, 4 больных (9,5 %) умерли, 7,1 % перенесли повторный инфаркт миокарда, 14,2 % больных имели повторные госпитализации в связи с обострением заболевания. Во 2-й группе 33 пациента (82,5 %) возвратились к прежней трудовой деятельности, у 5 больных (12,5 %) сохранялись признаки временной утраты трудоспособности, у 2-х (5 %) оп-

ределена II группа инвалидности, 2 больных (4,7 %) умерли, двое перенесли повторный инфаркт миокарда, 4 больных (9,5 %) имели повторные госпитализации в связи с обострением заболевания.

Таким образом, включение низкоинтенсивной лазерной терапии в комплекс реабилитационных мероприятий на поликлиническом этапе отчетливо повышает ее эффективность.

АНИСЕНЯ И.И.
НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН, г. Томск

ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИИ В УСЛОВИЯХ МАЛЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В данной публикации мы предлагаем рассмотреть вопросы дистанционных консультаций на примере такой сложной патологии, как опухоли костей и мягких тканей. Современная ортопедическая онкология объединяет сложность диагностики, редкую заболеваемость, трудности лечения, малое количество опытных специалистов и медицинских учреждений, где организована полноценная комплексная помощь этому непростому контингенту больных. Особые проблемы возникают в регионах Сибири и Дальнего Востока нашей страны, где, в отличие от европейской ее части, большая территория и малая плотность населения, небольшое количество учреждений для оказания высококвалифицированной помощи. Иногда тяжесть состояния больного не позволяет прибыть на очный врачебный прием в другом городе.

Мы предлагаем чаще использовать телекоммуникационные средства. Еще несколько лет назад такой вид заочного консультирования считался трудно доступным. Сегодня созданы предпосылки быстрой организации такой услуги в любом медицинском учреждении.

Наиболее простой комплект оборудования включает стандартный персональный компьютер, оборудованный модемом, цифровой фотоаппарат, наличие телефонной связи. Если учесть, что персональный компьютер и телефонная связь сегодня имеются во всех лечебных учреждениях, то стоимость модема и фотоаппарата достаточного качества потребуют 2-5 тысяч рублей. Для передачи информации высокого качества желательно иметь дополнительно сканер со слайд-модулем формата А4, скоростной доступ к компьютерной сети, такие программные средства как распознаватель символов типа FineReader и графический редактор, например Photoshop. Многие фотоаппараты позволяют даже вести съемку микропрепаратов через окуляр обычного микроскопа. Минимальная стоимость такого дополнительного комплекта составляет около 8 тысяч рублей. Можно воспользоваться услугами любого Интернет-центра.

Для консультации необходимо создать информационное письмо и отправить его на электронный адрес консультанта. Даже в том случае, если известен только почтовый адрес, любое почтовое отделение может принять электронную информацию, переписать его на носитель и вручить консультанту или главному врачу необходимой клиники.

Для удобства получения информации желательно соблюдать некоторые условия: объем письма должен составлять до 400-500 МВ, на одну рентгенограмму достаточно потратить 100 МВ, предпочтительно преобразовывать изображения в черно-белые, а тексты – в текстовые файлы. На создание такого письма потребуется 10-15 минут, а на его отправку даже по телефонному пулу около 5 минут.

Отделение общей онкологии уже в течение 8 лет активно использует данный вид консультаций для больных опухолями костей и мягких тканей. Полученное письмо просматривается соответствующим консультантом, при необходимости с информацией знакомятся рентгенологи, морфологи и другие специалисты. Нам удается дать заключение в течение нескольких часов. При необходимости, мы запрашивали дополнительные документы.

Кроме первичных заочных консультаций, мы используем заочные контрольные осмотры. В тех случаях, когда для решения вопросов динамики процесса достаточно только рентгенограммы, наши пациенты экономят до 10-15 тысяч рублей, когда речь идет об отдаленных регионах.

Наш опыт применения телекоммуникационных средств показал, что консультации больных со сложной патологией существенно ускоряются, исчезает необходимость частых личных поездок к редким специалистам, тяжелые больные консультируются без отрыва консультанта от основного места работы, определяются показания для приезда больного в учреждение с узкой специализацией, появился опыт, на основе дистанционного обмена информацией, проводить и поддерживать научные исследования. Особое значение приобретает возможность четкого документирования всех этапов консультирования.

Таким образом, телеконсультации сегодня реальны для любого лечебного учреждения, могут быть организованы в короткие сроки с минимальным привлечением дополнительных средств.

АРТАМОНОВА Н.Г.
Областная клиническая офтальмологическая больница, г. Кемерово

САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Проблема профилактики внутрибольничных инфекций является многоплановой и весьма трудна для решения по целому ряду причин – организационных, архитектурно-технических, санитарно-эпидемиологических, научно-методических.

В настоящее время среди различных аспектов профилактики внутрибольничных инфекций в нашей больнице одним из существенных является гигиенический. Это – достижение соответствия набора и площади помещений стационара требованиям санитарных правил и нормативов; качество внутренней отделки, позволяющее проводить эффективную влажную уборку и дезинфекцию; работа вентиляционной системы; исправность водопроводно-канализационных сетей; обеспечение бельевого режима; соблюдение требований по сбору, хранению, обеззараживанию и утилизации отходов.

Проблема внутрибольничных инфекций не может быть решена без организации соответствующей системы микробиологического контроля качества стерилизации изделий медицинского назначения, лекарственных форм, рук хирургов и санитарно-бактериологического исследования объектов лечебной среды на микробную обсемененность. Планомерно проводимые санитарно-бактериологические методы контроля позволили выявить места повышенного риска инфицирования больных, определить видовой состав микрофлоры, оценить эффективность проводимых гигиенических, противоэпидемических, дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, разработать необходимые меры, направленные на улучшение санитарно-противоэпидемического режима и профилактику внутрибольничных инфекций.

Многолетний анализ результатов микробиологического контроля за качеством проведения текущей дезинфекции объектов внешней среды и использованием стерильных изделий медицинского назначения позволил рассчитать «фоновые» или условно-нормативные показатели (УНП), при которых обеспечивается эпидемиологическое благополучие. УНП выделения микрофлоры с эпидемиологически важных стационарных точек в нашей больнице составляет 2,3 %. За последние 5 лет отмечалось превышение УНП в 1,3-1,4 раза в 2001 г. и 2002 г. и снижение в 3 раза в 2003 г. В микробном пейзаже микроорганизмы семейства энтеробактериацее (клебсиелла, кишечная палочка, энтеробактер, протей) составили 51,1 %, неферментирующие грамотрицательные бактерии – 16,7 %, коагулазоположительные стафилококки (золотистый стафилококк) – 16,5 %.

Результаты бактериологического контроля качества стерилизации и применения стерильных изделий медицинского назначения выявили стойкую тенденцию снижения нестерильных проб (особенно инструментария) с 4,5 % в 2000 г. до 1,7 % в 2004 г. при УНП 2,4 %. Внедрение режима стерилизации пипеток привело к снижению нестерильных проб с 4,9 % до 1,8 % в 2003 г. и 0 % в 2004 г.

Использование данных санитарно-микробиологического контроля в повседневной деятельности позволяет оперативно реагировать на появление предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия и разрабатывать меры по предотвращению эпидемиологической ситуации.

БАЙБОРОДОВА Т.И., БАЙБОРОДОВ И.П., ШАЦКАЯ Г.И.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Кемерово

СОСТОЯНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ПУТИ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Беременность повышает риск заболевания туберкулезом. Эта проблема стала особенно актуальной в последние годы в условиях эпидемии туберкулеза. Изучено влияние беременности на развитие туберкулеза у 37 женщин в возрасте от 19 до 40 лет. Контакт с больными туберкулезом был выявлен у 14 чел. (38 %), остаточные изменения после перенесенного ранее туберкулеза – у 9 чел. (24 %), неоднократные роды с интервалом 1-1,5 года – у 3 чел. (10 %), неудовлетворительные материально-бытовые условия в связи с социальной дезадаптацией – у 7 чел. (19 %).

Туберкулез выявлен впервые у 20 беременных женщин (1 группа), прогрессирование уже имеющегося активного туберкулеза наступило у 8 (2 группа). Были также обследованы 9 беременных женщин с остаточными посттуберкулезными изменениями (3 группа).

В 1 группе у 14 человек (2/3) туберкулезный процесс начинался остро, под маской неспецифического воспалительного процесса. Через 3-4 недели неэффективного лечения они направлялись на консультацию к фтизиатру. Остальные 6 человек этой группы выявлены при профилактическом обследовании по поводу контакта с бактериовыделителем (4 чел.) и виража туберкулиновых проб у детей (2 чел.). Из клинических форм туберкулеза в 1 группе у половины больных выявлены экссудативный плеврит, у 8 – инфильтративная форма, у 2-х – милиарная форма (остротекущий туберкулез). Процесс у больных 1 группы в 9 случаях сопровождался фазой распада, в 12 – бактериовыделением.

У больных 2 группы (8 чел.) на фоне беременности произошло прогрессирование уже имеющегося активного туберкулеза. Причиной прогрессирования явились отказ женщин от противотуберкулезного лечения, неудовлетворительные материально бытовые условия, частые роды с интервалом 1-1,5 года. У всех больных этой группы туберкулезный процесс сопровождался фазой распада и бактериовыделением.

В 3 группе больных (9 чел.) на фоне остаточных изменений в одном случае выявлен рецидив туберкулеза с распадом и бактериовыделение.

Таким образом, в изученных случаях сочетания активного туберкулеза с беременностью преобладал впервые выявленный процесс, развившийся на фоне беременности. Имевшийся до беременности активный туберкулез, при наличии отягощающих факторов, прогрессировал. Излеченный до беременности специфический процесс активировался относительно редко.

Туберкулезный процесс на фоне беременности часто протекал остро, под маской пневмонии, в 49 % случаев сопровождался распадом, в 57 % – бактериовыделением. Группами риска по туберкулезу среди беременных являются женщины из контакта с бактериовыделителями, социально-дезадаптированные лица, с легочными заболеваниями продолжительностью более 3-4 недель. Такие женщины должны быть обследованы в период беременности на туберкулез. Для профилактики обострения туберкулеза и раннего выявления свежих форм у беременных необходимо тесное сотрудничество акушеров-гинекологов и фтизиатров.

ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.
ФГУ Новокузнецкий НПЦ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,
г. Новокузнецк

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ТЕРРИТОРИЙ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Наиболее тяжелая форма артериальной недостаточности конечности – критическая ишемия конечности – характеризуется высокими показателями смертности и инвалидизации данного контингента больных. В настоящее время крупные эпидемиологические исследования в этой области медицины проведены в странах Западной Европы и США. Сведения о распространенности критической ишемии конечности в российской популяции единичны.

Цель исследования – оценка ежегодного числа случаев критической ишемии конечности среди населения Сибирского Федерального округа (СФО).

Для оценки распространенности данной патологии в популяции СФО применяли принятый в мировой практике метод расчета, с использованием в качестве исходного показателя числа ежегодно выполняемых ампутаций конечности. Число ежегодных случаев критической ишемии конечности определяется, исходя из положения: в среднем, усечение бедра или голени проводят у 25 % больных с данной патологией. Математическая модель для определения числа ежегодно выполняемых ампутаций в отдельных регионах была обоснована нами ранее с учетом демографического состава населения, на основе анализа распределения числа ампутаций в зависимости от пола и возраста пациентов по г. Новокузнецку, в период 1996-2003 гг. Для определения параметров демографической структуры населения СФО использованы «Итоги Всероссийской переписи населения» 2002 года.

По нашим данным, ежегодное число случаев критической ишемии конечности на административных территориях СФО варьирует от 42 до 90 на каждые 100 тыс. населения, в среднем, 71 случай критической ишемии на 100 тыс. населения. Минимальные значения данного показателя прогнозируются для Таймырского автономного округа (42), республики Тыва (44). В структуре населения этих административных территорий доля лиц старше 60 лет не превышает 5,6-7,6 %. Максимальная величина изучаемого показателя определена для Алтайского края (90), Новосибирской (89) и Кемеровской (87) областей. Удельный вес населения старших возрастных групп в этих регионах составляет 17-19 %.

Вполне очевидно, что полученные оценочные значения числа случаев критической ишемии конечности на административных территориях Сибирского федерального округа РФ имеют достаточно большую погрешность. Слишком много различных факторов и составляющих, причем не всегда отчетливо прогнозируемых, могут оказывать влияние на этот показатель. Вместе с тем, при отсутствии в России сведений об эпидемиологии критической ишемии, не следует пренебрегать возможностью получения хотя бы оценочной информации о числе пациентов с данной патологией, основанной на расчетных данных.

ВЕТЛУГАЕВА И.Т., БЕЛЫХ В.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

За последние годы имеется четкая тенденция увеличения числа пациентов, обращающихся за медицинской помощью в приемные отделения многопрофильных стационаров города для оказания неотложной медицинской помощи. В нашем отделении уже традиционным стал анализ обращаемости по экстренным показаниям. За 2003 и 2004 годы количество обратившихся составило 27173 и 28312 человек, соответственно. Таким образом, рост обращаемости составил 4,2 %. За период с 01.01. по 01.09.2005 года зарегистрировано 17577 обращений. Для анализа обращений был взят период: январь, февраль, март каждого года. В 2003 году за 3 месяца обратились 6474 человека (57,3 % из них госпитализированы), в 2004 г. – 6866 человек (55,7 % госпитализированы), а в 2005 году – 7220 человек (56,8 % госпитализированы). Прирост обращений составил 6 % за 2004 год и 5,2 % за 2005 год, относительное же

Таблица
Обращаемость по экстренным показаниям в приемные отделения МУЗ ГКБ № 3 (чел.)

		Январь	Февраль	Март
Нейрохирургия	2004	670	665	747
	2005	611 (-8,8 %)	549 (-17,4 %)	711 (-4,8 %)
Травма	2004	238	236	281
	2005	241 (+1,3 %)	260(+10,2 %)	288 (+2,5 %)
Хирургия	2004	421	385	349
	2005	452 (+7,4 %)	393(+2,1 %)	437 (+25,2 %)
Гинекология	2004	225	260	281
	2005	243 (+8 %)	236 (-9,2 %)	288 (+2,5 %)
Терапия	2004	247	163	217
	2005	273 (+10,5 %)	286 (+75,5 %)	298 (+37,3 %)
Неврология	2004	174	184	215
	2005	215 (+23,6 %)	185 (+0,5 %)	234 (+8,9 %)

Примечание: в скобках дан процент прироста по сравнению с 2004 годом.

количество госпитализированных пациентов из года в год носит стабильный характер. По разным службам сложилась следующая картина (табл.).

Из таблицы виден рост обращений в приемное отделение по всем службам, кроме нейрохирургической (спад обусловлен уменьшением дежурств с 7-ми до 6-ти дней в неделю). Особенно яркая картина наблюдается по обращениям за терапевтической и хирургической помощью. Причины подобного роста могут быть связаны с ростом престижности нашего стационара, доступностью медицинской помощи (диагностические и лечебные мероприятия проводятся в необходимом объеме и полностью бесплатно). Однако увеличение обращаемости в наш стационар требует поиска новых путей оптимизации работы отделения.

Следует заметить, что рост обращаемости (в меньшей степени) существует и в других многопрофильных стационарах города (по предоставленным данным), что диктует необходимость анализа работы амбулаторной службы, ее эффективности и доступности.

ВИНГЕРТ С.А., ЗАГОРСКАЯ Л.А., МЕДВЕДЕВА Н.Л.
МУЗ Поликлиника № 20,
г. Кемерово

НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЛПУ

За последнее десятилетие в России возрос интерес к профилактическому направлению медицины, как одному из факторов, способствующих повышению качества жизни пациентов старшего возраста.

Пациенты старше 60 лет, как правило, страдают несколькими заболеваниями и, зачастую, наблюдаются у нескольких специалистов разного профиля, что неизбежно ведет к полипрагмазии, нарушению комплаентности лечения. Возникающие осложнения и побочные эффекты, в свою очередь, требуют дополнительных усилий врача и фармацевта для их устранения. Таким образом, нагрузка на пациента (лекарственная и финансовая) значительно возрастает.

В условиях МУЗ «Поликлиники № 20» г. Кемерово нами была разработана и внедрена в 2004-2005 г.г. «Школа для пациентов», страдающих заболеваниями мочевыводящих путей. В частности, был проведен цикл занятий для пациентов с симптомами доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Отбор пациентов для участия в Школе проводился различными специалистами поликлиники: на занятия приглашались все мужчины старше 60 лет, обратившиеся в поликлинику и прошедшие анкетирование по шкале IPSS. Занятия проводились на базе поликлиники № 20, в терапевтических отделениях № 1 и № 2. Тематика занятий включала в себя особенности течения ДГПЖ, основы лечения, возможные осложнения и их лечение в условиях стационара. Особое место отводилось профилактике возможных осложнений.

Цель работы – оценка эффективности работы Школы по предупреждению осложнений ДГПЖ, таких как острая задержка мочи (ОЗМ).

За указанный период времени участие в работе Школы приняли 294 пациента в возрасте от 60 до 89 лет. Мужчины были разделены на две группы. В первую группу вошли 145 пациентов, регулярно наблюдавшихся у уролога по поводу ДГПЖ; во вторую – 149 пациентов, ранее не наблюдавшихся у уролога и имевших «симптомы нижних мочевых путей».

Мы сравнили частоту возникновения ОЗМ в 2002-2003 гг. и 2004-2005 гг. Оценка проводилась по данным статистического анализа работы поликлиники, а также по данным, передаваемым службой ССП в поликлинику, с учетом количества прикрепленного населения. Госпитализация больных с ОЗМ в экстренном порядке в 2002-2003 гг. составила 0,83 случая на 1000 населения (32 чел.), в 2004-2005 гг. – 0,18 (7 чел.). Госпитализация больных по поводу ДГПЖ в плановом порядке – 1,45 на 1000 (56 чел.) и 0,36 на 1000 (14 чел), соответственно. За указанный период мы наблюдали достоверное снижение обращаемости пациентов с ОЗМ в поликлинику на прием к врачу, а также в стационар по экстренной помощи.

Количество наблюдавшихся больных, госпитализированных в стационар для оперативного лечения, также имеет тенденцию к снижению. В связи с этим мы планируем дальнейшее расширение работы Школы, как одной из наиболее перспективных форм профилактики осложнений заболеваний мочевыводящих путей.

ВИНГЕРТ С.А., МЕДВЕДЕВА Н.Л., ЧЕКУШИН Р.Х.
МУЗ Поликлиника № 20,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ОЦЕНКЕ БОЛЬНЫМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВСЛЕДСТВИЕ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

На заседании Международного Согласительного Комитета в 1993 году в Париже при поддержке ВОЗ, было одобрено использование индекса симптомов ДГП, разработанного комитетом по измерениям Американской Урологической Ассоциации, в качестве официальной шкалы оценки симптоматики у пациентов, страдающих увеличением предстательной железы.

Для суммарной оценки симптомов ДГП (I-PSS) пациенту предлагается выбрать один из семи ответов на каждый вопрос. Ответам присваиваются баллы от «0» до «5». Сумма баллов может варьировать от «0» до «35».

Для оценки качества жизни используется единственный вопрос, ответы на который варьируют в смысловом значении от «прекрасного», до «с огорчением» или в цифровом выражении – от «0» до «6». Данный вопрос не может охватить все влияние ДГП на качество жизни, но может быть полезен в качестве исходной позиции пациента в данном вопросе.

Цель работы – определить роль социальных факторов (образование, наличие работы, уровень достатка) в оценке больными с симптомами ДГПЖ качества жизни.

На базе МУЗ «Поликлиника № 20» опрошено 118 мужчин в возрасте 60-65 лет, имеющих симптомы доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Особенностью поликлиники является наличие трех отделений, расположенных в Заводском районе и охватывающих население ФПК с достаточно высоким уровнем жизни, часть Заводского района, от ФПК до Вокзала, а также завокзальную часть района с крайне низким уровнем жизни населения. Среди опрошенных мужчин выделялись следующие социальные группы: работающие мужчины, имеющие высшее или среднее техническое образование с достатком, превышающим прожиточный минимум, занятые в производственной или непроизводственной сфере – 42 человека (35,6 %). Вторую группу составили неработающие мужчины со средним или среднетехническим образованием, доход которых приближается к прожиточному минимуму – 35 (29,7 %). В третью группу вошли неработающие мужчины, не имеющие образования, с доходом на уровне прожиточного минимума и ниже – 41 (34,7 %).

Все мужчины имели умеренно выраженную симптоматику ДГПЖ (по шкале I-PSS от 8 до 19 баллов). Для подтверждения степени ДГПЖ больным также проводилось трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы и определение объема остаточной мочи (ООМ).

В ходе проведенного исследования выявлены различия в восприятии собственного состояния среди мужчин, имеющих различный социальный статус. Причем, пациенты, принадлежащие к менее благополучным социальным слоям, оценивают свое состояние более оптимистично («прекрасно» – 14,3 % и 24,4 %, «хорошо» – 71,4 % и 65,9 %), нежели образованные, социально адаптированные мужчины (основная оценка «неудовлетворительно» – 69 %, плохо и с огорчением – по 9,5 %).

ВОСТРИКОВА Е.А., БАГРОВА Л.О., ПРОСТАКИШИНА Ю.М., ВЕТЛУГАЕВА И.Т.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У РАБОТНИКОВ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Во всех промышленно развитых странах хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет важнейшую медицинскую и социальную проблему, являясь одной из ведущих причин смертности. Возникновение ХОБЛ детерминируется рядом социальных, экологических, профессиональных, медико-биологических факторов. Несмотря на лидирующую роль курения в патогенезе ХОБЛ, приоритетность того или иного фактора риска определяется конкретными условиями человеческого социума. В крупном индустриальном центре, в частности, в г. Кемерово, со своими климатическими, экологическими и производственными особенностями,

могут варьировать не только частота факторов риска, но и их значимость в патогенезе заболевания.

С 2001 года на базе Кемеровского городского пульмонологического центра проводится изучение особенностей ХОБЛ в условиях индустриального центра. Информация о частоте различных факторов риска ХОБЛ у кемеровчан отсутствовала, хотя именно воздействие факторов риска предопределяет формирование заболевания. Поэтому одной из задач исследования явилось определение частоты значимых факторов риска ХОБЛ в различных популяциях города.

Обследованы 3129 мужчин и женщин в возрасте 17-80 лет (1867 мужчин и 1262 женщин), из них 1137 человек работают на КОАО «Азот», 175 – на ГРЭС, 170 – на автотранспортном предприятии (АТП), 298 – на железной дороге (ЖД), 400 – в системе ГУИНа, 143 – в ГКБ № 3; 806 человек – работники различных профессий и пенсионеры – обследованы путем поквартирного обхода в системе общей врачебной практики (ОВП).

Согласно санитарно-гигиенической характеристике условий работы, основные неблагоприятные производственные факторы:

- КОАО «Азот» – контакт с промышленными ксенобиотиками, в основном, из группы раздражающих газов, вибрация, электромагнитное излучение, высокая или низкая температура, повышенный уровень шума;
- ГРЭС – высокая запыленность, вибрация, электромагнитное излучение, высокие температуры, повышенный уровень шума;
- ЖД – смесь углеводородов, вибрация, асбест, фенол и производные, пониженная температура, физические нагрузки, шум;
- АТП – смесь углеводородов, акролеин, диоксид азота, окись углерода, тетраэтилсвинец, вибрация, шум, вождение транспорта.

Частота курения составила 70,1 % у мужчин и 25,7 % у женщин. Индекс «пачек-лет» (ИПЛ) определяли как произведение количества сигарет, выкуриваемых в день, и стажа курения, деленное на 20. Среди мужчин лидерами табакокурения оказались работники АТП: они раньше начинают курить, курят чаще, дольше, и у них выявлен максимальный ИПЛ. На втором месте среди мужчин оказались энергетики. У женщин чаще курят медицинские работники. Частота пассивного курения составляет, в среднем, 17,7 % у мужчин и 36,4 % у женщин.

Из других факторов риска среди мужчин наиболее распространенными являются перенесенные пневмонии – 22,1 % и заболевания ЛОР-органов – 19,6 %, среди женщин – заболевания ЛОР-органов – 31 % и аллергия – 25,8 %. Пневмонии чаще отмечены у работников АТП, ЖД и ГУИНа, патология ЛОР-органов и аллергия – у работников ГКБ и КОАО «Азот». Простудным заболеваниям больше подвержены женщины и работники АТП.

ГАВРИЛОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр, г. Кемерово

РАК МУЖСКОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Одним из самых распространенных злокачественных новообразований является рак молочной железы. Присутствие рудиментарной молочной железы предполагает возникновение этого тяжкого недуга и у мужчин. Хотя это заболевание встречается гораздо реже, чем рак молочной железы у женщин (примерно в 100 раз). Тем не менее, это актуальная проблема современной медицины по многим причинам.

Обследование больного начинается с изучения жалоб и анамнеза. Наиболее частой жалобой является обнаружение уплотнения в области соска или ареолы, либо вблизи от них без каких-либо иных признаков болезни. Нередко рак молочной железы у мужчин развивается на фоне гинекомастии, которая может проявляться диффузным увеличением молочных желез или иметь узловую форму. Осмотр пациента проводят в положении стоя и лежа. При осмотре необходимо обратить внимание на размеры молочных желез, форму сосков и ареол, их симметричность, наличие или отсутствие деформации.

Необходим осмотр второй молочной железы. После осмотра и пальпации молочных желез производят осмотр и пальпацию подмышечных, надключичных и подключичных областей с обеих сторон с целью выявления метастатического поражения лимфатических узлов. Поражение регионарных лимфатических узлов – довольно частое явление при раке молочной железы у мужчин. Это связано как с анатомическими особенностями строения грудной железы, так и с усиленным лимфо- и кровообращением в этой зоне за счет более развитой мускулатуры. Поэтому иногда увеличение и уплотнение подмышечных лимфатических узлов может быть одним из первых признаков заболевания.

Диагноз рака грудной железы у мужчин при поздних стадиях затруднений не вызывает, тогда как выявление малого рака, особенно у пациентов с ожирением, связано с некоторыми сложностями. Здесь вступает в силу общепризнанный алгоритм: рентгеновское исследование, УЗИ, при обнаружении опухоли – диагностическая пункция, желательно под контролем ультразвука. Применение данного диагностического комплекса позволяет установить правильный диагноз подавляющему числу больных.

Отсутствие в пунктате опухолевых клеток при наличии новообразования предполагает проведение простой мастэктомии. Тактика дальнейшего лечения зависит от гистологического заключения.

В настоящее время имеется достаточно большое количество эффективных методов, используемых для лечения первичного рака молочной железы. Это – хирургическое, лучевое лечение, химио- и гормонотерапия, а также их различные комбинации и сочетания. Лечение больного должно быть строго индивидуальным. В зависимости от стадии заболевания, локализации и степени распространенности метастатического поражения, возраста и сопутствующих заболеваний составляют индивидуальный план лечения с наиболее рациональным сочетанием ранее перечисленных средств.

Следует помнить, что отдаленные результаты в первую очередь зависят от степени распространенности опухолевого процесса в начале лечения. Поэтому особую важность приобретают информированность пациентов о признаках заболевания, последствиях и преимуществах раннего обнаружения опухоли. Решение этой задачи во многом обусловлено квалификацией врачей общей лечебной сети, онкологическая настороженность которых играет первостепенную роль.

ИВАНОВА Е.В.
Региональное отделение Российского Красного Креста, г. Кемерово

УЧАСТИЕ КРАСНОГО КРЕСТА В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КУЗБАССЕ

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ) в Кемеровской области сложная, эффективность лечения больных неудовлетворительная. С 1999 г. в Кемеровской области реализуется программа «РКК против туберкулеза».

Цель исследования – анализ результатов деятельности данной программы. Программа реализуется в 12 территориях. За период реализации программы (1999-2004 гг.) контролируемое лечение на пунктах питания КК получили 5665 больных ТБ. Из них, 4211 человек (74 %) получали лечение по I и III режимам химиотерапии, 1454 (26 %) – по IIA режиму. Больные ТБ включались в программу по совокупности социальных и медицинских критериев. Основной социальный критерий: доход в семье ниже прожиточного минимума, установленного в регионе. Медицинский критерий – вновь выявленные больные, завершившие курс лечения на интенсивной фазе и имеющие отрицательный мазок на микобактерии ТБ по микроскопии, переведенные на амбулаторный этап лечения.

По социальному статусу больные распределились следующим образом: 599 больных (10,6 %) – бывшие заключенные, 129 (2,2 %) – лица БОМЖ, 29 (0,5 %) – мигранты, 1327 (23,4 %) – злоупотребляющие алкоголем, 3584 (63,3 %) – малоимущие. В 1999-2001 гг. социальную поддержку и противорецидивное или профилактическое лечение получили 3120 детей, перенесших ТБ и из контактов. Для оказания помощи государственному здравоохранению в контроле над ТБ к работе привлекались Служба милосердия и ресурсы Красного Креста (КК).

Основными задачами КК являлись повышение осведомленности населения по вопросам профилактики ТБ, проведение сестрами милосердия РКК непосредственно контролируемого лечения и ухода на дому за социально уязвимыми больными ТБ, находящимися на амбулаторной фазе лечения; предоставление больным ТБ социальной помощи, которая бы стимулировала их завершить полный курс лечения, назначенный фтизиатром. В случае неявки больного на лечение медсестра в тот же день посещала его на дому с целью выяснения причины и привлечения к лечению.

Виды социальной поддержки, оказываемые больным в программе: горячее питание, белковый набор, продуктовая посылка, гигиенический набор, проездные билеты, одежда и обувь, консультации юриста и психолога. На осуществление программы от внешних инвесторов получено 21 млн. 968 тыс. 757 рублей, за счет внутреннего финансирования – 5 млн. 492 тыс. 189 рублей. Всего 25 млн. 460 тыс. 946 рублей.

В результате проведенной работы, завершили лечение с клиническим эффектом 4414 человек (78 %), переданы фтизиатрам по разным причи-

нам 604 (10,7 %), прервали лечение 224 (3,9 %), умерли от сопутствующих заболеваний 19 (0,3 %), выбыли в санатории 145 (2,6 %), продолжили лечение под патронажем КК 259 (3,9 %).

Учитывая высокую эффективность по удержанию больных до завершения курса лечения, отработанные методики проведения контролируемого лечения больных на пунктах питания и на дому, подготовленные кадры медицинских сестер и волонтеров, высокую эффективность лечения больных на амбулаторном этапе с социальной поддержкой, можно сделать вывод о необходимости продолжения реализации программы в Кемеровской области.

ИВАНОВА О.В., КОПЫЛОВА И.Ф., ЧЕРНОВ М.Т.
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ТЕРРИТОРИИ

Проведен анализ состояния микробиологической службы по туберкулезу (ТБ) в Кемеровской области. Для решения выявленных проблем усилена организационно-методическая роль референс-лаборатории Областного клинического противотуберкулезного диспансера (ОКПТД), проведена реорганизация структуры лабораторной службы области. Созданы центры микроскопии мокроты (ЦММ) на базе лабораторий общей лечебной сети (ОЛС), межтерриториальные центры (МТЦ) культурального исследования на ТБ в крупных тубучреждениях области. Организационно-методическое руководство лабораторной службой области осуществляет референс-лаборатория ОКПТД. Проведена ее реконструкция в соответствии с международными стандартами. Областная головная референс-лаборатория находится в методическом подчинении у регионарной референс-лаборатории Новосибирского НИИ туберкулеза МЗ РФ.

Под руководством и при участии оргметодотдела и референс-лаборатории ОКПТД осуществлен комплекс мероприятий по повышению уровня микробиологического обследования пациентов области на ТБ. Для сбора качественного патологического материала проводится работа по организации «кашлевых комнат», как на базе противотуберкулезных диспансеров (ПТД), так и ОЛС. Специально обученная медсестра инструктирует пациента и помогает ему в сборе мокроты. Внедрено трехкратное исследование мокроты при первичном обследовании больного на ТБ.

Определены и внедрены стандарты микроскопического и культурального исследования мокроты и других патологических материалов на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) и микобактерии туберкулеза (МБТ). Разработан стандартный перечень питательных сред, определен единый метод предпосевной обработки патологического материала. Внедрено определение лекарственной чувствительности МБТ к препаратам основного и резервного ряда с использованием чистых субстанций препаратов. Подготовлены и утверждены на уровне департамента здравоохранения нормативные и методические материалы по микробиологической диагностике туберкулеза. Проведено обучение лаборантов и врачей лечебного профиля ОЛС и ПТД. Лаборатории оснащаются современными бинокулярными микроскопами и другим необходимым оборудованием.

Внедрена система курации и ежеквартальных инспекторских проверок деятельности МТЦ и ЦММ ОЛС. Разработан и внедрен систематический внутренний и внешний контроль качества лабораторных исследований. ЦММ ОЛС контролируются лабораториями МТЦ, последние – референс-лабораторией ОКПТД, которую, в свою очередь, проверяет региональная референс-лаборатория ННИИТ. Составлены стандартные протоколы инспекторских проверок.

В результате проведенной работы, за 2003-2004 гг. более чем в 2 раза увеличилось число исследований ММ на КУМ в ОЛС. Выявление КУМ в ОЛС повысилось с 0,3 % в 2002 г. до 1,5 % в 2003 г. и 1,8 % в 2004 г. Значительно увеличились количество и результативность исследований ММ в лабораториях ПТД. Достигнут полный охват культуральным обследованием всех больных ТБ области. Повысилось качество данных исследований. Таким образом, в области реорганизована структура микробиологической службы, создана многоуровневая система курации, обучения и контроля качества микробиологических исследований на ТБ.

КАЛАШНИКОВА Т.В., ХВОСТОВА О.И., КОЛБАСКО А.В.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ У ТЕЛЕУТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящее время особое место занимает транскультуральная психиатрия, имеющая своей целью сравнительное изучение психических болезней и психического здоровья в разных обществах, нациях, культурах. Большинство исследователей считают, что культура имеет мощное влияние на возникновение той или иной симптоматики (Семке В.Я., 2000; Положий Б.С., 1997; Чуркин А.А., 1977; Бохан Н.А., Галактионов О.Н., 1999; Рахмазова Л.Д., 1999). Имеются результаты исследований по распространенности депрессивных и тревожных нарушений у алтайцев, выявлено, что депрессивные составляют 15,6 %, тревожные – 4,4 % (Хвостова О.И., 2002).

Наше исследование выполнено в рамках региональной программы «Кузбасс – экология человека межгорных котловин среднегорья Сибири, присущая зоне экологического неблагополучия и являющаяся особо суровой (экстремальной) для жизни и трудовой деятельности в регионе». «Медико-экологическая оценка популяционного здоровья коренного населения – телеутов и шорцев» в 2005 г.

Общая численность телеутов по РФ около 3 тыс. человек, из них 2,5 тыс. живут в сельской местности и городах Кемеровской области.

Деревня Шанда является одним из первых поселений телеутов в Кузбассе, о ее существовании упоминалось уже в 1676 г. В наше время в ней проживают 287 человек, из них 257 коренных жителей. Нами обследованы 125 телеутов (55 % от проживающих коренных жителей), включая 15 детей после 10 лет (дети до 10 лет не могут оценить свое состояние по анкетам).

На основе скрининг-исследования с применением психометрических шкал Цунга (для оценки депрессии), Шихана (для оценки тревоги), опросника, пересмотренного в соответствии с DSM-IV (PRIME-MD), клинической беседы и клинико-эпидемиологического метода нами оценена распространенность депрессивных и тревожных нарушений с учетом возрастно-половой и социально-профессиональной структур.

Депрессивные и тревожные нарушения достаточно широко распространены среди коренных жителей д. Шанда (24,8 % и 55,2 %, соответственно). При этом распространенность тревожных нарушений встречается в 2,2 раза чаще депрессивных. Распространенность депрессивных нарушений среди женщин в 1,5 раза выше, чем среди мужчин (28,2 % против 19,1 %), а распространенность тревожных нарушений практически одинакова (55,1 % против 55,3 %).

В 15-29 лет у мужчин и женщин отмечается увеличение частоты депрессивных нарушений (в 4,7 раза, от 6,7 % до 31,6 %), а в 10-19 лет – увеличение частоты тревожных нарушений (в 4,2 раза, с 14,3 % до 60 %). В 20-29 лет частота тревожных нарушений возрастает в 1,2 раза (с 60 % до 73,7 %) и является наибольшей среди всех возрастных групп. Распространенность депрессивных нарушений достигает максимума в возрастной группе 30-39 лет (40 %). В 15-19 лет распространенность тревожных нарушений в 4,5 раза больше депрессивных (60 % и 13,3 %). Далее, до 69 лет, отмечается явная тенденция к спаду, как по частоте депрессивных нарушений (до 27,3 %), так и по частоте тревожных (45,5 %).

Выявлено, что к группе повышенного риска относятся лица 30-39 лет, как лица с наибольшим количеством депрессивных и тревожных нарушений, а также 15-19-летние, как наиболее подверженные депрессивным нарушениям. Следовательно, тревожные расстройства следует лечить уже в молодом возрасте, чтобы предотвратить усугубление патологии и присоединение депрессии. Школьники, на наш взгляд, должны включаться в группу риска и требуют профилактических мер с целью предотвращения социально-микросоциальной дезадаптации на фоне непсихотического клинического углубления наблюдаемых аффективных нарушений.

КАШИРИНА Е.Ж., БРЫЗГАЛИНА С.М., ШАХВОРОСТ Н.П.,
ШУПЕНКО И.В., ПАНТЕЛЕЕВА В.И.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

НАШ ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

По современным представлениям, развертывание сети школ для больных сахарным диабетом, внедрение структурированных программ обучения – это наиболее перспективное и экономически выгодное направление работы с больными сахарным диабетом.

В г. Новокузнецке первая школа для пациентов сахарным диабетом была открыта в 1995 г. при эндокринологическом отделении Городской клинической больницы № 1. С 2001 года обучение проводится в двух школах: для больных сахарным диабетом 1 типа и 2 типа. Для занятий отведено специальное помещение, оборудованное наглядными пособиями (плакаты, стенды, муляжи), глюкометрами, тест-полосками для визуального контроля гликемии, глюкозурии, кетонурии, видеофильмами и компьютерными программами. Обучение ведется в групповом и индивидуальном порядке. Цикл занятий – 10 дней, продолжительность одного занятия 1,5-2 часа.

С момента основания школы было введено анкетирование обучаемых пациентов. С 2000 г. проводится компьютерная обработка данных в программе Excel. У обучаемых пациентов учитываются ФИО, пол, возраст, ИМТ, стаж заболевания, сроки пребывания в стационаре, гликемический профиль до и после обучения, выраженность сосудистых осложнений диабета, доза сахароснижающих препаратов до и после обучения, уровень знаний. Данная программа позволяет эффективно оценивать и планировать работу школ.

В течение 10 лет обучены 3050 больных сахарным диабетом, в том числе с диабетом 1 типа – 1342 пациента (44 %), с диабетом 2 типа – 1708 (56 %). Среди обученных было 1891 женщина (62 %) и 1159 мужчин (38 %) в возрасте 16-84 лет. К положительным результатам работы школ можно отнести отнести снижение случаев кетоацидоза у обученных пациентов сахарным диабетом 1 типа в 5-6 раз; наличие навыков самоконтроля с помощью глюкометров, тест-полосок, расчета ХЕ, суточной калорийности питания у 100 % слушателей.

Достижение компенсации углеводного обмена после обучения достигнцто у 85 % больных. Суточная потребность в сахароснижающих таблетках снизилась у 28 % обученных больных СД 2 типа, в инсулине – у 20 % пациентов с диабетом 1 типа. У 37 % лиц с диабетом 2 типа и ожирением после обучения удалось снизить массу тела. У 8 пациенток с сахарным диабетом, ранее прошедших обучение, в 2004 г. родились здоровые дети.

Систематическое обучение больных – это важная социально-экономическая задача, требующая участия органов здравоохранения, администрации разных уровней.

КОНОВАЛОВА Н.Г.
ФГУ ННПЦ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,
г. Новокузнецк

ВЛИЯНИЕ ЗРЕНИЯ НА РЕГУЛЯЦИЮ ПОЗЫ СИДЯ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

В двигательной реабилитации больных с патологией спинного мозга большой интерес представляет постуральный стереотип сидения, поскольку сидение является базой для формирования мануальных функций, определяет работу внутренних органов.

Цель работы – изучить влияние зрения на регуляцию позы сидя у спинальных больных в сравнении со здоровыми людьми.

Обследованы 2 группы испытуемых: здоровые люди (30 человек) и инвалиды 1 группы с повреждением позвоночника и спинного мозга, нижней параплегией, грубым парапарезом в позднем периоде заболевания (15 человек). Для проведения исследований использовали стабилограф, входящий в программно-аппаратный комплекс клинического анализа движений МБН. Исследовали сидение на платформе стабилографа, установленной на высоте сиденья обычного стула, в течение 60 сек. при открытых и закрытых глазах. Анализировали девиации, площадь статокинезиограммы, частоту перемещения проекции центра давления по опорной плоскости в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

Анализ результатов показал, что при сидении с открытыми глазами девиации, площадь, частотные характеристики статокинезиограммы достоверно различались у испытуемых разных групп. У инвалидов величина девиаций во фронтальной плоскости была, в среднем, на 86 % больше, чем у здоровых, в сагиттальной плоскости – на 168 %. Площадь статокинезиограммы инвалидов превышала площадь здоровых на 490 %. Частота перемещения центра давления по опорной плоскости у инвалидов, напротив, была на 31 % меньше во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

При закрывании глаз в обеих группах девиации и площадь статокинезиограммы уменьшались, а частота колебаний увеличивалась. У здоровых уменьшение девиаций, в среднем, составило во фронтальной плоскости 28 %, в сагиттальной – 41 %, уменьшение площади статокинезиограммы – 55 %. Увеличение частоты перемещения проекции центра давления по опорной площади в обеих плоскостях составило 23 %.

У инвалидов уменьшение девиаций, в среднем, составило во фронтальной плоскости 42 %, в сагиттальной – 58 %, уменьшение площади статокинезиограммы – 72 %. Увеличение частоты перемещения проекции центра давления по опорной площади во фронтальной плоскости составило 72 %, в сагиттальной – 52 %.

В результате, при сидении с закрытыми глазами показатели статокинезиограммы инвалидов приблизились к показателям здоровых людей. В этой серии исследований у инвалидов величина девиаций во фронтальной плоскости была, в среднем, на 49 % больше, чем у здоровых, в сагиттальной плоскости – на 92 %. Площадь статокинезиограммы инвалидов превышала площадь здоровых на 166 %. Частота перемещения центра давления по опорной плоскости у инвалидов была меньше во фронтальной плоскости всего на 4 %, а в сагиттальной – на 15 %.

Следовательно, эффективность регуляции позы сидя с закрытыми глазами выше, чем с открытыми. Особенно наглядны эти изменения у инвалидов. Вероятно, площадь опоры и объем проприоцептивной импульсации при сидении достаточны для эффективной регуляции позы, зрение оказывает дезадаптирующее влияние на постуральную регуляцию, более выраженное у инвалидов, чем у здоровых людей. Отсюда следует практический вывод о целесообразности начинать формирование позы сидя у инвалидов с патологией позвоночника и спинного мозга с закрытыми глазами. Затем, когда стереотип будет сформирован, начинать тренировки с открытыми глазами, учиться сохранять позу при движениях глаз.

ЛУКАШОВА Е.Н., КОПЫЛОВА И.Ф., ШАВЕЛЬКИНА И.И., ПИСКУНОВА Н.Н.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Кемерово

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кемеровская область по эпидемиологической обстановке по туберкулезу (ТБ) относится к наиболее неблагополучным территориям страны. Рост резервуара туберкулезной инфекции среди взрослых способствовал высокому уровню инфицирования МБТ и увеличению числа заболевших детей и подростков. Заболеваемость туберкулезом (ТБ) подростков, по сравнению с 2000 г., к 2004 г. выросла в 1,5 раза.

Цель работы – анализ заболеваемости подростков в современных условиях.

Изучены результаты обследования 138 больных туберкулезом органов дыхания с 13 до 18 лет. 1 группу составили 28 подростков, поступивших на лечение в 2004-2005 гг., 2 группу – 110, выявленных в 1997-2000 гг. По полу и возрастному составу группы были идентичны: 2/3 составили девочки, 3/4 – подростки в возрасте 15-17 лет. Большая часть детей проживала в удовлетворительных материально-бытовых условиях (60,7 % и 64,5 %, соответственно). В настоящее время среди заболевших преобладали эффективно привитые подростки 79 %, тогда как ранее таких детей было только 46 %. В обеих группах источник заражения установлен в 2/3 случаев (60,7 % и 60 %), а семейный контакт стал встречаться чаще в последнее время. При анализе сроков инфицирования установлено, что заболели в первые три года после инфицирования только 1/3 подростков, как в 1-й, так и во 2-й группе. В половине случаев длительность инфицирования составляла более 5 лет.

Несмотря на то, что всем детям регулярно проводилась туберкулинодиагностика, полноценное лечение по виражу, нарастанию туберкулиновых проб, гиперпробы, контакту получали в 1-й группе 7,2 %, а во 2-й – 12,7 %. В преобладающем большинстве случаев период первичного инфици-

рования был пропущен, химиопрофилактика не проведена. Основным путем выявления ТБ у подростков, как ранее, так и в настоящее время, остается профилактическое обследование. При этом наиболее часто заболевание установлено при проведении флюорографии: в 35,7 % в 1-й и 32 % во 2-й группах. Почти в 2 раза реже в настоящее время установлен ТБ при туберкулинодиагностике (лишь в 7,1 %, тогда как ранее диагностировалось в 13 % случаев). Выросло число выявленных больных при обследовании по контакту, с 14 % до 21,4 %. При обращении с жалобами к врачу заболевание диагностировано у 35,7 % в 1-й группе и в 41 % в группе сравнения.

В структуре клинических форм в обеих группах преобладал инфильтративный ТБ, но в первой данный процесс встречался в 2 раза чаще (71,4 % и 41,8 %, соответственно). ТБ внутригрудных лимфоузлов и экссудативный плеврит диагностировались чаще у подростков 2-й группы (21,8 % и 3,6 %, 14 % и 10,3 %, соответственно). В настоящее время увеличилась частота деструктивных процессов (с 36,4 % до 50 %) и бактериовыделения (с 22,7 % до 28,6 %).Таким образом, среди заболевших подростков в Кемеровской области большую часть заболевших составили девочки, лица 15-17 лет, из удовлетворительных материально-бытовых условий, качественно вакцинированные, давно инфицированные, имеющие тесный семейный контакт со взрослыми больными, в большинстве случаев не получившие химиопрофилактичекого лечения для предупреждения перехода инфицирования в заболевание. Массовая туберкулинодиагностика остается малоэффективной. В настоящее время отмечено изменение структуры клинических форм туберкулеза – уменьшение удельного веса первичных форм (туберкулеза внутригрудных лимфоузлов, экссудативного плеврита), числа деструктивных процессов и бактериовыделения. Необходимо принятие мер по повышению качества массовой туберкулинодиагностики и организации химиопрофилактического лечения в период первичного инфицирования.

МАГАРИЛЛ Ю.А.
Кемеровский областной клинический онкологический диспансер,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПРОБЛЕМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КУЗБАССЕ

Рак молочной железы (РМЖ), несмотря на определенные успехи, достигнутые в его лечении, остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и, в частности, онкологии. Заболеваемость женщин раком молочной железы за последнее десятилетие во всех странах мира продолжает неуклонно расти, достигнув в минувшие годы весьма высокого уровня. Такое же положение в распространении рака молочной железы касается и Кузбасса.

За десятилетний период четко наметилась тенденция к росту числа больных из года в год, без каких-либо периодов стабилизации, а тем более снижения. Как результат такой динамики, рак молочной железы переместился с третьего места на второе. Динамика смертности от рака молочной железы соответствует заболеваемости.

При анализе возрастных особенностей заболеваемости раком молочной железы, опасным представляется его некоторое омоложение. На долю женщин до 50 лет приходится 37,2 % пациенток. Основной пик заболеваемости составляют больные от 40 до 50 лет – 26 %. В возрастной группе от 50 до 59 лет и от 60 до 70 лет уже намечается некоторое снижение до 23,3 %, которое после 70 лет достигает 16 %.

Аксиома о том, что чем раньше выявлена опухоль, тем дольше продолжительность жизни, известна всем и давно. Однако, при кажущейся доступности клинического обследования молочной железы, число ошибок в своевременной диагностике рака на поликлиническом этапе достаточно велико и достигает 38 %.

Результат анализа распределения рака молочной железы по стадиям не утешителен. Суммарно больные с первой и второй стадиями составляют 60,8 %, из которых по данным объективной статистики доля первой стадии не более 13 %. Пациентки третьей стадии формируют группу в 29,8 %, а последние годы происходит рост в категории четвертой клинической группы. С 7,6 % в 1993 году количество этих больных возросло до 11,7 % в 2004 году. Стабильным в течение 10 лет остается показатель 5-летней выживаемости. Практически только половина больных переживает этот рубеж.

Какие причины и факторы мешают оптимальному решению проблемы рака молочной железы? Вопрос первостепенной важности кроется в состоянии организации маммологической службы, с которой следует тесно связывать здоровье женщины. В Кузбассе на сегодняшний день, к сожалению, такой службы с четкими вертикальными

и горизонтальными связями нет. В общей лечебной сети ни участковые терапевты, ни гинекологи женских консультаций не погружаются в проблемы рака молочной железы.

Важнейшая проблема ранней диагностики рака молочной железы – организация профилактических обследований больших контингентов женщин. К сожалению, следует констатировать факт отсутствия этого звена в системе современного здравоохранения.

Кроме негативных явлений, в решении проблемы РМЖ есть и позитивные поступательные движения. С 1992 года в работе хирургического отделения ОКОД начали внедрять органосберегающие методики хирургического лечения РМЖ. С 1995 года отказались от особо калечащих операций, и перешли на функционально щадящие вмешательства. С 1996 года в схеме химиотерапии РМЖ внедрены современные химиопрепараты. Отработаны схемы комбинированного и комплексного лечения с использованием лучевой терапии. В 2003 году в ОКОД внедрены иммуногистохимические методы исследования злокачественных опухолей. Около 4 лет назад в ОКОД открыто отделение восстановительного лечения. Первыми пациентами работающего здесь психотерапевта стали пациентки с диагностированным раком молочной железы.

Сегодня мы можем сформулировать первоочередные задачи:

- приоритет деятельности онкологической службы – профилактическая направленность, в том числе в вопросах рака молочной железы;
- ускорить внедрение новых лечебно-профилактических технологий с учетом высокой эффективности и экономичности;
- внедрить новые формы информации и методической работы с врачами смежных специальностей;
- консолидировать всех специалистов, занимающихся заболеваниями молочных желез.

При известности негативных причин, в решении проблем рака молочной железы мы обязаны нивелировать все отрицательные факторы, которые формируют неблагополучие в охране здоровья женщины.

МАМОНТОВ В.В., ГОВОРОВ В.В., ПОЛЯКОВ В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова, г. Омск

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Неуклонное постарение населения развитых стран указывает на социальную значимость вопроса лечения пациентов пожилого и старческого возраста с повреждениями крупных трубчатых костей нижних конечностей. К сожалению, сам факт травмы у пожилого человека может осложнить течение компенсированной и субкомпенсированной хронической соматической патологии и вызывает достаточно значимую социальную дезадаптацию. Боль, ощущения ограничения в возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания, зависимость от окружающих, необходимость изменить свою настоящую жизнь и простой человеческий страх перед собственным будущим оказывают значительное влияние на общее состояние пациента, несут физические и психоэмоциональные страдания.

В связи с изложенным, хирургу, курирующему пациентов этой группы, приходится решать следующие задачи: спасти жизнь пациента, создать условия для ранней физической и социальной реабилитации в максимально возможном объеме в минимальные сроки. Выбор методов лечения для пациентов старшей возрастной группы чаще всего связан с выбором оперативного пособия, и основным для врача становится возможность предугадать и предотвратить развитие разного рода осложнений.

Повреждение органа (кости), расстройства функции сегмента, кровопотеря, длительное вынужденное положение могут вызвать анемию, системную гипоксию органов и тканей, снижение скорости кровотока в поврежденных и обездвиженных сегментах, тромбозы и эмболии, гипостатические осложнения. Современные технологии проведения оперативного пособия, несмотря на отработанность, в некоторой доле болезненны, травматичны и увеличивают риск осложнений со стороны системы кровообращения, легочных, тромбоэмболических осложнений, инфекционных осложнений со стороны операционной раны.

Ответная реакция макроорганизма на приведенные группы факторов, провоцирующих осложнения, часто приводит к обострению либо декомпенсации хронической соматической патологии. Следует отметить, что несоблюдение технологии проведения профилактических мероприятий мо-

жет привести к возникновению иных осложнений. Это относится к профилактике тромбоэмболий и проблеме возникновения кровотечений.

За период 2000-2002 гг. проанализированы 150 историй болезни пациентов в возрасте 60 лет и старше с повреждениями бедренной кости на различном уровне, подвергнутых оперативному лечению. Зафиксированы следующие осложнения: острый инфаркт миокарда – 3, тромбоэмболия легочной артерии – 6, желудочно-кишечные кровотечения – 3, внутрибольничная послеоперационная пневмония – 4, нагноение послеоперационной раны – 4. Летальность в этой группе от соматических осложнений составила: 9 человек (7,3 %), из них ТЭЛА – 6, инфаркт миокарда – 2, желудочно-кишечное кровотечение – 1.

В последующие годы для комплексной профилактики осложнений в отделении травматологии применяется следующий набор мероприятий:

1. Коррекция артериальной гипертензии и сердечной недостаточности с подбором дозы ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов и т.п.
2. При наличии язвенного анамнеза и длительно некупирующейся анемии – обязательная ФГДС и курс профилактической противоязвенной терапии.
3. Соблюдение национального стандарта профилактики эмболических осложнений, назначение низкомолекулярных гепаринов по стандартной схеме (Клексан 40 мг не позднее 12 часов до операции, при продолжении профилактики 10 дней после операции). При необходимости длительного дооперационного периода или консервативном лечении НМГ назначаются со следующего дня пребывания в больнице (12-24 часа после получения травмы).
4. Отказ от ингаляционных методов обезболивания, использование при спинномозговой либо перидуральной анестезии современных местных анестетиков.
5. Обязательное интраоперационное внутривенное капельное введение антибиотиков, цефалоспоринов второго поколения в разовой дозе до 2,0. В послеоперационном периоде антибиотикопрофилактика продолжается на протяжении последующих 3-4 суток с суточной дозой 2,0-3,0 (суммарная доза на курс не более 10,0-12,0).
6. Тщательный операционный гемостаз, активное дренирование ран на 24-48 часов, применение современных материалов, обеспечивающих безопасность операционного поля.
7. Максимально ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде, усаживание в постели не позднее 24 часов после операции.

В 2003-2005 г. такая тактика дала свои плоды. В результате лечения 138 пациентов старшей возрастной группы, оперированных по поводу перелома бедренной кости, из осложнений были отмечены инфаркт миокарда – 1, ТЭЛА – 2, желудочно-кишечное кровотечение – 1, флеботромбоз – 1. Мы не наблюдали послеоперационных пневмоний, нагноений ран, инфильтратов. Имеется количественное снижение общесоматических осложнений. Летальность в этой группе пациентов снизилась до 3,9 %.

Таким образом, тщательное планирование и соблюдение технологии проведения лечебных мероприятий позволяет снизить процент осложнений. Предупреждение развития осложнений позволяет значительно сократить лечебные расходы.

НИКОЛАЕВА Т.Н., АЛИФИРОВА В.М., ТИТОВА М.А
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНСУЛЬТА В ТОМСКЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕГИСТРА)

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические характеристики мозговых инсультов (МИ) в популяции промышленного центра Западной Сибири на примере Кировского района г. Томска, разработать подходы к его профилактике, алгоритм оказания медицинской помощи с учетом региональных особенностей.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проводилось проспективное популяционное исследование эпидемиологических показателей МИ в г. Томске с 1 января 2002 г. по 31 декабря 2003 г. Применялась регистрация всех случаев МИ на основании рекомендаций программы Национальной Ассоциации по Борьбе с Инсультом «Регистр инсульта» (2001) и методики ВОЗ «Hot Persuit» (MONICA, Mannual, 1990). Численность популяции составила 118 тыс. человек. Зарегистрировано 366 случаев МИ у больных 25-74 лет, из них мужчины составили 56 % (n = 366), женщины – 44 % (n = 366) Средний возраст заболевших мужчин 62,7 ± 10,3 лет, женщин – 66,6 ± 8,3 лет. Проанализировано 1985 свидетельств о смерти, 45 протоколов судебно-ме-

дицинской экспертизы, 120 амбулаторных карт больных, умерших на дому и имеющих диагноз инсульта в качестве основной причины смерти. При математической обработке данных использованы методы аналитической и вариационной статистики стандартного статистического пакета SAS 8.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что стандартизованный по возрасту (СВ) показатель заболеваемости инсультом (первичные и повторные случаи) в Томске на 1000 жителей составил в 2002 г. 2,4 (мужчины – 3,4, женщины – 1,8, $p < 0,05$), в 2003 г. – 2,3 (мужчины – 3,6, женщины – 1,5). Повторные МИ составили 17 %. В возрастной группе 45-54 года стандартизованные показатели заболеваемости возрастают в 3 раза по сравнению с предыдущим десятилетием. В структуре МИ преобладали инфаркты мозга (76,7 %), заболеваемость которыми увеличивается с возрастом. Аналогичный показатель при геморрагических формах МИ остается на одном уровне в разных возрастных группах. Заболеваемость ишемическими инсультами в 2002 г. составила у мужчин 2,8 на 1000 населения, у женщин – 1,4. В 2003 г. – 2,7 и 1,2, соответственно. Наибольшая частота ишемического инсульта наблюдалась в возрастной группе 65-74 лет и составила 1,13.

Заболеваемость геморрагическими инсультами, стандартизованная по возрасту, в 2002 г. составила 0,53, а в 2003 г. – 1,8 на 1000 населения. Наибольшая частота последних наблюдалась в подгруппе пациентов в возрасте 65-74 лет. В 2002 г. зарегистрировано 48, в 2003 г. – 40 случаев смертельного МИ, СВ показатель смертности в 2002 г. составил 0,63 (мужчины – 0,85, женщины – 0,47), в 2003 г. – 0,52 (мужчины – 0,87, женщины – 0,32). Статистически значимых различий у мужчин и женщин не установлено.

Показатели смертности при первичном инсульте выше, чем при повторном (в 2002 г. – 0,57 и 0,05, соответственно, в 2003 г. – 0,42 и 0,1). Летальность в остром периоде инсульта составила в 2002 г. 18,5 %, в 2003 г. – 11,2 %. При геморрагических инсультах (42 %) летальность выше, чем при инфарктах мозга (20,6, $p < 0,05$). В остром периоде МИ госпитализировано 80 % больных. Компьютерная томография головного мозга проведена в 44,8 % случаев.

ВЫВОДЫ

Эпидемиологическая ситуация в отношении МИ в регионе характеризуется высокими показателями заболеваемости, смертности и летальности. Уровень госпитализации остается неудовлетворительным. Недостаточными являются методы нейровизуализации при МИ. В г. Томске отсутствует специализированный сосудистый центр. Все это диктует необходимость совершенствования оказания специализированной медицинской помощи пациентам с МИ.

СИВОРОНОВ К.Н., ЗИМА Н.Г., АФАНАСЬЕВ Д.В., ЯРОВОЙ В.В., СИБИЛЬ К.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Анализируя основные статистические и медико-демографические показатели по территориям за последние 3 года, можно сделать вывод, что количество отравлений в Кемеровской области остается высоким и не имеет тенденции к снижению. Практически все зарегистрированные случаи отравлений имеют бытовое происхождение.

Число госпитализированных больных с острыми отравлениями в 2004 г. в ЛПУ Кемеровской области составило 4,323 на 1000 населения (в 2003 г. – 4,636 на 1000 населения). Больничная летальность при острых отравлениях – 2,4 %. Общая заболеваемость при отравлениях составила 5,194 на 1000 населения (в сравнении с 2003 г. практически не изменилась).

Сохраняется высокий уровень общей 18,8 % (2003 г. – 20,5 %) и взрослой 21,5 % (2003 г. – 23 %) летальности от отравлений в Кемеровской области. Отмечается большое число смертельных исходов на догоспитальном этапе. В 2004 г. число погибших от отравлений на догоспитальном этапе – 2503 человек (в том числе, 16 детей), по сравнению с 2003 г. на 537 человек меньше. Структура умерших от отравлений не изменилась:

На первом месте – смерти от отравлений этанолом (1311 случаев), органическими растворителями и техническими жидкостями (32 случ.). В общей структуре умерших составляют почти 47 % (в 2003 г. – 42 %). На втором месте – смерти от отравлений наркотиками (566 случаев) и 20,2 % (по сравнению с 2003 г., уменьшение на 6 %). На третьем месте – смерти от отравлений окисью углерода (552 случаев) и 19,7 % в общей структуре умерших (по сравнению с 2003 г., до-

ля умерших от отравлений угарным газом практически не изменилась — около 19 %).

Основные факторы риска отравлений в Кемеровской области не меняются в течение последних нескольких лет, это высокий уровень алкоголизации и наркотизации среди населения, большое количество бытовых пожаров, наличие в свободной продаже уксусной эссенции.

Подводя итоги организации медицинской помощи больным с острыми отравлениями, необходимо отметить следующие основные проблемы: недостаточное оснащение современным аналитическим оборудованием для диагностики отравлений и аппаратурой для лечения, средствами антидотной терапии, гемосорбентами; имеющиеся статистические, медико-демографические показатели не отражают реальную токсикологическую ситуацию в Кемеровской области и являются заниженными, так как, несмотря на существующие приказы по мониторингу отравлений, во многих территориях мониторинг отравлений не проводится, а основная часть больных с острыми экзогенными отравлениями получают медицинскую помощь в неспециализированных ЛПУ. Анализ оказания помощи в неспециализированных ЛПУ выявил ряд недостатков при лечении больных с отравлениями. Так, например, происходит гипердиагностика острых отравлений этанолом и его суррогатами.

В целях улучшения работы токсикологической службы Кемеровской области необходимы следующие мероприятия:

- реорганизация областного центра по лечению острых отравлений на базе существующего в соответствии с приказом Минздрава России № 9 от 08.01.2002 г. «О мерах по совершенствованию оказания токсикологической помощи населению Российской Федерации»;
- организация информационного токсикологического центра с выездной бригадой для проведения активных методов детоксикации;
- организация на базе областного центра по лечению отравлений детских токсикологических коек;
- продолжить проведение циклов тематического усовершенствования по клинической токсикологии для врачей неспециализированных ЛПУ;
- провести комплекс мероприятий, направленных на надлежащее исполнение приказа о проведении токсикологического мониторинга в территориях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на имеющиеся проблемы, в настоящее время областной центр по лечению острых отравлений, один из старейших токсикологических центров России, это ведущее медицинское подразделение по проблемам клинической токсикологии, неотложной наркологической помощи в Кемеровской области. Ежегодно в центре проходят специализированное лечение более 3,5 тысяч человек, в том числе до 500 детей. Центр активно сотрудничает с республиканским центром по лечению острых отравлений (НИИ скорой помощи им. Склифосовского, г. Москва), кафедрой клинической токсикологии (Академия последипломного образования им. Сеченова, г. Москва), Республиканским информационно-токсикологическим центром Министерства здравоохранения России.

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

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАНДАРТА СЛУЧАЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Определение стандартного случая является чрезвычайно важным в организации эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями (ВБИ), так как только в этом случае достигается единый подход к диагностике осложнений и становится возможным сравнительный анализ заболеваемости в различных лечебных учреждениях.

У всех пациентов, послеоперационный период которых после выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) осложнился присоединением глубокой раневой хирургической инфекции, изучена частота встречаемости различных признаков, которые могли бы быть положены в основу определения стандартного случая внутрибольничной инфекции. Наиболее значимыми явились следующие признаки: присоединение глубокой раневой хирургической инфекции в сроки до 14 суток; наличие клинических и диагностических показаний для назначения в послеоперационном периоде антибиотиков; признаки жидкостного образования в подпеченочном пространстве при проведении УЗИ в послеоперационном периоде; выявление при повторном оперативном вмешательстве инфицированной жидкости в подпеченочном пространстве; наличие субфебрильной температу-

ры на 3-и сутки послеоперационного периода; выделение микроорганизма из биоптатов.

Таким образом, были выявлены наиболее существенные факторы риска, при которых могла развиться глубокая раневая хирургическая инфекция в послеоперационном периоде после ЛХЭ. Для их оценки были проанализированы истории 72 пациентов, у которых течение послеоперационного периода осложнилось присоединением ВБИ, а также 72 истории пациентов, имеющих повторные оперативные вмешательства по поводу жидкостного образования в подпеченочном пространстве. Каждому из факторов риска рассчитали так называемые нормированные интенсивные показатели (НИП). После этого по всем факторам риска создавалась оценочная таблица, состоящая из факторов риска, их градаций и соответствующих им НИП.

По каждому из наиболее значимых факторов риска были рассчитаны в долях единицы отношения показателей правдоподобия (КП), дающие возможность определить, насколько правдоподобна вероятность заболеть. Из-за неравнозначности действия конкретного фактора риска на частоту патологии для учета «вклада» каждого из них определяли «весовой» индекс фактора (ВИФ). Проведенный нами анализ полученных материалов позволил рассчитать весовые индексы факторов по степени их влияния на развитие глубокой хирургической раневой инфекции, которые определяют частоту возникновения ВБИ.

С учетом вышеперечисленных критериев и признаков, определение стандарта случая ВБИ при ЛХЭ выглядит следующим образом. Глубокая хирургическая раневая инфекция после операций ЛХЭ возникает в области хирургического вмешательства в течение 14 дней после операции, присутствуют не менее 2-х из следующих критериев: субфебрильная гипертермия на 3-и сутки послеоперационного периода; наличие по УЗИ жидкостного образования в области подпеченочного ложа с признаками УЗИ-воспаления, имеющего объем не менее 600 мм^2; при ПАБ УЗИ в пунктате инфицированная жидкость, гнойное отделяемое, с последующим возможным выделением из нее микроорганизма; хирург диагностирует инфекцию и/или назначает антибиотики после операции на 2-4 сутки послеоперационного периода.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И КОНТРОЛЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Эпидемиологический надзор и контроль в ЛПУ предполагает организацию и реализацию трех подсистем: информационной, диагностической, управленческой.

Информационная подсистема включает в себя учет и регистрацию различных клинических форм традиционных и внутрибольничных инфекций (ВБИ) после хирургических операций, в акушерском стационаре, а также слежение за заболеваемостью ВБИ (уровни, структура, динамика).

Диагностическая подсистема эпидемиологического надзора за ВБИ в отделениях хирургического профиля и в акушерском стационаре преследует цель получения реальных представлений об эпидемиологических особенностях инфекции. Для этого собранная информация подвергается ретроспективному и оперативному анализу. Для выявления факторов риска, групп, времени и места риска, у отдельных больных проводится проспективное наблюдение с момента госпитализации до выписки (смерти). На этой основе осуществляется оценка текущей эпидемиологической ситуации и разработка ее прогноза.

Другой составной частью диагностической подсистемы является микробиологический мониторинг. Бактериологическое мониторирование осуществляется в операционных, перевязочных, смотровых, в манипуляционных кабинетах, родильных залах. Проводится оценка вновь вводимых клинических процедур и медицинского оборудования с целью определения риска развития ВБИ.

Ежеквартально, за 9 месяцев и за год проводится анализ результатов лабораторного контроля за качеством проводимых дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в хирургических отделениях, родильном доме и в больнице в целом. В больнице налажен и проводится в полном объеме бактериологический контроль над стерильностью различных материалов и смывов на общую микробную обсемененность в соответствии с действующими нормативными документами.

Управленческая подсистема направлена на разработку и принятие управленческих решений на основе результатов эпидемиологической диагностики, оценку и коррекцию проведенного комплекса противоэпидемических мероприятий, как в отделениях, так и в целом по стационару. Ежек-

вартально и по эпидемическим показаниям проводятся заседания комиссии по профилактике ВБИ. В соответствии с планом работы комиссии по профилактике ВБИ, проводится подготовка приказов по профилактике ВБИ, на аппаратных совещаниях рассматриваются вопросы профилактики ВБИ в хирургической службе и родовспоможении, о состоянии профилактики СПИДа и гемоконтактных гепатитов, проводятся конференции с медицинским персоналом различных отделений.

В течение года проводится работа по рациональному использованию антибиотиков у больных. Для этого анализируется выделяемая микрофлора из различных биоптатов. По этим данным составляются антибиотикограммы с указанием чувствительности и устойчивости к антибиотикам у выделенных штаммов микроорганизмов.

Применяемая в больнице система эпидемиологического надзора и контроля достаточно эффективна. Рост заболеваемости ВБИ не отмечается, сохраняется на невысоком уровне. Процент нестерильных проб и положительных смывов с объектов внешней среды в больнице также не увеличивается, отмечаются лишь незначительные отклонения в сторону увеличения или уменьшения. Вследствие этого, в дальнейшем эпидемиологический надзор и контроль будут проводиться в том же объеме.

ХРЫКИНА Н.Е., БУШ Е.Н.
МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр, г. Кемерово

ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

В современной медицине лучевая диагностика сохраняет ведущее место. Большую роль в решении проблемы радиационной безопасности отводится персоналу отделений лучевой диагностики. Во время проведения рентгенологических исследований рентгенолаборанту необходимо экранировать с помощью просвинцованной резины область половых желез и другие отделы тела пациента, не являющиеся объектом исследования. В тех случаях, когда половые органы попадают в сферу рабочего пучка рентгеновского излучения, для экранирования их у мужчин применяют свинцовые капсулы, у женщин — свинцовые пластинки.

Встречая пациента в кабинете, рентгенолаборант должен отдать ему все свое внимание, чуткость, ласку и умение, весь его труд должен быть направлен на благо больных. Необходимо разъяснить больному и показать на деле, что применяемые в рентгенодиагностике лучи с неблагоприятным влиянием на организм человека используются рационально, без вреда, а только с пользой для больных.

Основной задачей рентгенолаборанта является грамотное и качественное проведение всех исследований при минимальном облучении пациента. В работе рентгенолаборант обязан соблюдать принцип «не навреди», а это означает исключение повторных снимков из-за не удавшихся предыдущих, идеальную укладку исследуемой области, проведение исследования только при закрытой двери с функционирующим табло «не входить».

Рентгенолаборант должен иметь четкое представление обо всех вредностях, встречающихся в рентгенкабинете, и соблюдать правила техники безопасности. От знаний рентгенолаборанта в области радиационной защиты и умения применить их на практике зависит не только безопасность пациента, но и безопасность медперсонала. Следует отметить, что облучению также подвергается медицинский персонал «смежных» профессий — анестезиологи, урологи, гинекологи, участвующие в проведении рентгенодиагностических исследований.

От того, насколько качественно и ответственно рентгенолаборант выполняет свои обязанности, зависят порой качество жизни пациента и сама его жизнь. Нежность, терпение, и вежливость — вот неотъемлемые элементы хорошего стиля работы.

ЧЕКУШИН Р.Х., УРБАНСКИЙ А.С., МЕДВЕДЕВА Н.Л., ГРОМОВ К.Г.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ОРГАНИЗОВАННОЙ МОЛОДЕЖИ

Рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), начавшийся в России в начале 90-х годов, продолжается и в настоящее время. Чрезвычайная опасность этих инфекций состоит в том, что они наносят репродуктивному здоровью населения, а значит и нации в целом, колоссальный ущерб. Особую актуальность это обстоятельство приобретает в отношении подростков и лиц до 35 лет, планирующих в дальнейшем вступление в брак, рождение ребенка.

Наряду с этим, на поведение подростка оказывают влияние следующие факторы: снижение социализации ребенка через семью и школу, воздействие подростковых микросоциальных групп, отсутствие постоянного круга общения, тенденция к раннему употреблению алкоголя и наркотиков, ранняя осведомленность об интимных отношениях и раннее начало половой жизни, поверхностное представление об ИППП и их профилактике.

В настоящее время в России не существует эффективной национальной системы первичной профилактики ИППП. Имеются лишь некоторые разрозненные компоненты такой системы, функционирующие фрагментарно или не функционирующие вовсе. К таким компонентам можно отнести кабинеты первичной профилактики ИППП при кожно-венерологических диспансерах, которые существуют в большинстве случаев лишь номинально, отдельные, успешно работающие, созданные энтузиастами подростковые центры типа «Ювентус» в Новосибирске, КРОО «Кузбасс – Стоп – Спид» в Кемерове.

Сохраняющаяся нестабильность эпидемической ситуации требует создания принципиально новой, перспективной организационно-технологической модели профилактики ИППП, сочетающей комплекс мер, реализуемых на различных уровнях управленческой вертикали, включая правовое регулирование, программно-целевое планирование, прогнозирование и стандартизацию противоэпидемической деятельности кожно-венерологической службы; разработки и внедрения новых комплексных методов первичной, вторичной и третичной профилактики ИППП. В связи с социально-экономической и демографической ситуацией, разработанная программа должна быть адаптирована для конкретного региона.

На основании комплексного изучения социальных, эпидемиологических, экономических факторов, влияющих на рост распространения ИППП в Кузбассе, конституциональных и психологических особенностей различных групп молодежи, их девиантного и сексуального поведения нами разработана адаптированная модель профилактики ИППП среди различных групп организованной молодежи, основанная на:

- дифференцированном подходе к проведению первичной профилактики, ориентированной на конкретную субпопуляцию молодежи;
- данных о степени их информированности по мерам профилактики ИППП, особенностях сексуального и социального поведения;
- использовании новых форм и методов проведения профилактических мероприятий в коллективах организованной молодежи;
- работе с лицами, находящимися на этапе планирования семьи, с целью профилактики врожденных форм патологии;
- работе с лицами, перенесшими ИППП, с целью коррекции их репродуктивного здоровья.

ЯКУБОВИЧ В.В., КОПЫЛОВА И.Ф.
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В Г. КЕМЕРОВО

Социально дезадаптированные слои населения имеют наиболее высокую заболеваемость туберкулезом (ТБ) и смертность от него. Оказание полноценной помощи больным ТБ невозможно без решения их социальных проблем. В Кемеровском областном клиническом противо-

туберкулезном диспансере (ОКПТД) выделена должность социального работника за счет штатного расписания. Основная цель социальной работы – оказание помощи человеку, оказавшемуся в трудной жизненной ситуации. Социальный работник ведет прием обращающихся больных по направлениям заведующих отделениями и лечащих врачей на базе стационарных отделений.

С марта 2004 г. по август 2005 г. обратились за помощью 945 больных, с учетом повторных обращений количество принятых составило 1472. Большинство обратившихся за социальной поддержкой – мужчины трудоспособного возраста, потерявшие связь с близкими родственниками в связи с асоциальным поведением. Основные проблемы, с которыми обращаются больные: отсутствие документов, удостоверяющих личность, утрата жилья, отсутствие дохода, утрата связей с родственниками, разрыв семейных отношений.

Основные социально-реабилитационные мероприятия, осуществляемые социальным работником: оформление и предоставление документов, удостоверяющих личность; оформление регистрации по месту жительства или пребывания (преимущественно, в стационаре тубучреждения); оформление медицинского полиса; представление интересов пациента в государственных организациях; оказание помощи в оформлении инвалидности; разъяснение положений действующего законодательства; восстановление родственных связей; организация предоставления бытовых услуг; решение пенсионных вопросов, а также предоставления и получения льгот. Не все вопросы удается решить.

По вопросам документирования обратились 578 человек. Большинство из них жили без регистрации и документов годами. Как правило, подопечные сталкиваются с отсутствием средств для оплаты госпошлины, услуг паспортно-визовых служб и штрафа за отсутствие регистрации более 3 месяцев. С целью решения проблем социальный работник обращается в РОВД, к родным больных, в службы социальной защиты. Паспорта, или чаще временные документы выданы 52 % нуждающимся (301 человеку). Нередко для оформления документов не удается найти необходимые средства.

Социальный работник оказывает консультативную помощь больным, проводит с ними индивидуальные беседы, в том числе с тяжелыми больными в палатах, беседы с родственниками больных. Оказывается помощь в написании заявлений, ходатайств в различные организации, делаются запросы в организации других городов. Социальная поддержка больных ТБ имеет большое значение в обеспечении полноценного лечения туберкулеза и благоприятных его результатов. К сожалению, социальные службы администрации области не принимают должного участия в решении социальных проблем больных туберкулезом.

Раздел III
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

АЙЗЕНШТАДТ С.Я., БЕССАРАБОВА Н.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

КАПИЛЛЯРОТЕРАПИЯ ПО ЗАЛМАНОВУ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ КОРРЕКЦИИ ВЕСА

Датский физиолог Август Крос, получивший Нобелевскую премию за открытие механизма капиллярного кровообращения, обозначил кратчайший путь к оздоровлению и омоложению человека. Залманов А.С. предложил для этого целебные ванны с добавлением особой эмульсии. Возбуждая миллионы рецепторов, эмульсия из живицы хвойных деревьев оказалась способной вновь открывать закрытые капилляры и восстанавливать снабжение кровью иссушенных островков. Клетки вновь начинают получать достаточно кислорода и питательных веществ, а значит, обретают полноценную жизнь, что, впрочем, неудивительно, ведь старость — это обезвоживание организма из-за постепенного закрытия капилляров. В организме появляются омертвевшие клеточные островки, и жизненные процессы замедляются.

Но процесс можно повернуть вспять. Жизнь клеток и тканей зависит от капилляров, являющихся мельчайшими сосудами длиной около 1 мм и диаметром от нескольких до 30-40 микрон. Общая длина капилляров взрослого человека составляет около 100000 км, общая поверхность капилляров — более 6000 кв. м. По сути, это площадь обмена веществ. Подобные изменения капилляров являются основой абсолютного большинства патологических процессов.

Использование в комплексном лечении скипидарных ванн способствует открытию капилляров, улучшает питание органов элементами крови и кислородом, обеспечивает дренаж тканей для выведения продуктов обмена, восстанавливает жизнедеятельность клеток, тканей, органов и, соответственно, всего организма человека.

Скипидарные ванны делятся на три типа: белые, желтые, и смешанные. В зависимости от патологии и имеющихся противопоказаний, физиотерапевтами назначаются данные типы ванн.

Скипидарные ванны являются универсальным методом оздоровления организма. Они приводят к усилению обменных процессов, выводят токсины, стимулируют процессы саморегуляции и системы иммунитета. Ванны являются эффективным средством омоложения организма, профилактики преждевременного старения, улучшения физического состояния, повышения работоспособности и жизненного тонуса. Они полезны и для тех, кто считает себя практически здоровым, поскольку способствуют нормализации жирового обмена.

В отделении физиотерапии МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского капилляротерапия включена в комплекс коррекции веса, наряду с водными процедурами (циркулярный душ, душ Шарко, веерный душ, контрастный душ, подводный душ-массаж), в комплексе с иглорефлексотерапией, занятиями на тренажерах, комплексами лечебной гимнастики и миостимуляцией. Скипидарные ванны применяются в отделении физиотерапии с января 2005 года.

Наблюдалась группа пациентов, желающих откоррегировать свой вес. Пролечены 12 человек, курс до 10 процедур. Вес начинал снижаться уже на 3-5 процедуре. На 3 кг у 5 человек, 5 кг у 3 человек, 10 кг у 2 человек. 2 человека не похудели, хотя почувствовали легкость в теле, улучшение тонуса и работоспособности, улучшился сон. У всех пациентов отмечалось уменьшение объема на 2-3-5 см. Пациенты отмечали уменьшение болей в суставах.

Таким образом, проведенное нами лечение и наблюдение за пациентами позволяет сделать вывод, что метод капилляротерапии по Залманову эффективен, прост и удобен. Этот метод лечения ведет к омоложению и оздоровлению всего организма.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ПУНКТУРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВЕСА

Ожирение является одним из самых распространенных заболеваний большинства экономически развитых стран. Поэтому совершенствование лечебной помощи больным ожирением, является актуальным направлением современной медицины. В лечении экзогенного, алиментарного, а в значительной степени и эндогенного (нейрогормонального) ожирения большое зна-

чение имеет сочетание правильно построенной разгрузочной диеты с повышением физической активности, психо-эмоциональной коррекцией и определенной медикаментозной терапией по показаниям.

В настоящее время можно говорить о том, что подключение пунктурной терапии в комплекс лечебных мероприятий ожирения значительно повышает лечебный эффект. Метод рефлексотерапии показан при лечении алиментарно-конституционного и нейроэндокринного ожирения 1-3 степени тяжести. Наибольшая эффективность достигается при дифференцированном подходе с учетом патогенетической формы ожирения и сопутствующей патологии.

Составление рецепта (подбор точек воздействия) зависит от длительности и степени тяжести заболевания, так как по мере прогрессирования ожирения меняется пищевое поведение, нарушается гормональная регуляция, в патологический процесс вовлекаются все больше органов и систем.

Алиментарно-конституционное ожирение одинаково часто встречается как у мужчин, так и у женщин; часто возникает на фоне реактивной гиперрексии в стрессовых ситуациях, которые характеризуются чувством неуверенности, отчаяния, когда еда является заменителем положительных эмоций.

У больных с алиментарно-конституционным ожирением избыточное потребление пищи ведет к гиперинсулинемии и гипергликемии, что, как следствие, вызывает гипертрофию клеток поджелудочной железы и развитие постоянного гиперинсулинизма. Инсулин является регулятором аппетита, его избыточное образование приводит к повышению аппетита, и в организме образуются дополнительные запасы жира. При всех формах ожирения усиливаются процессы липосинтеза, приводящие к нарушению липидного обмена, что в свою очередь поддерживает гиперинсулинизм.

В кабинете рефлексотерапии лечение избыточной массы тела проходили 47 человек. Для каждого подбирался индивидуальный комплекс точек воздействия с учетом степени и длительности заболевания, жалоб и сопутствующей патологии. Лечение всех пациентов начиналось с нормализации психо-эмоциональной сферы и аппетита. Повышенный аппетит устраняли седативным воздействием на корпоральные точки каналов поджелудочной железы (4), желудка (36, 45), почек (7), перикарда (6) и др.; также в лечении использовались аурикулярные точки: жажды (17), голода (18), гипоталамуса (26), рта (84), желудка (87), поджелудочной железы (96) и т.д. Все это позволяло уменьшить аппетит, устранить жажду, достичь быстрого насыщения во время еды.

Если у пациента при обследовании выявлялось снижение функции щитовидной железы, то в комплекс включались точки, активизирующие функцию щитовидной железы: 51 (вегетативная нервная система), 26 (гипоталамус), 22 (железы внутренней секреции), 45 (щитовидная железа), 84 (рот) и корпоральные точки задне-срединного, передне-срединного меридианов, каналов поджелудочной железы, почек, «трех обогревателей». Курс лечения проводился ежедневно, составлял 10-15 процедур, за это время отмечалось снижение веса до 5 кг.

Некоторым пациентам проводилась фармакопунктура новокаином (с седативной целью) и кофеином (с целью возбуждения) точек: 17, 18, 97, 95, 96 и корпоральных точек канала желудка, передне-срединного меридиана.

Пациентам с большой степенью ожирения по завершении основного курса проводилось пролонгированное раздражение иглами-кнопками аурикулярных точек, регулирующих аппетит, и повторные курсы пунктурной терапии через 1,5-2 месяца. Между курсами иглотерапии эффект от лечения сохранялся и пациенты продолжали снижать массу тела, до 8-21 кг.

Таким образом, можно отметить, что данный метод лечения эффективен в решении проблемы избыточной массы тела, и может применяться как самостоятельно, так и в комплексной терапии пациентов с ожирением.

АЛИФИРОВА В.М., ЛИСИЦЫНА Ю.Н.
Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра неврологии и нейрохирургии,
г. Томск

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Цереброваскулярные осложнения при ревматических заболеваниях, по данным разных авторов, встречаются в 30-50 % случаев. Относительно редкое вовлечение в патологический процесс сосудов головного мозга обусловлено наличием гематоэнцефалического барьера и особыми свойствами эндотелия церебральных сосудов. В большинстве случаев, проявле-

ния поражения ЦНС при ревматических заболеваниях не специфичны.

Нами проведено обследование 16 пациентов: 3 мужчин и 13 женщин, в возрасте 24-62 лет (в среднем, 42,8 лет). Основными нозологическими формами были системная красная волчанка (8), системный васкулит неуточненной этиологии (6), болезнь Бехчета (2). Всем пациентам было проведено комплексное клинико-инструментальное исследование, включавшее в себя оценку неврологического статуса и проведение МРТ головного мозга.

В группе больных с системными васкулитами у 11 пациентов (68,8 %) имелась астения, 8 человек (50 %) предъявляли жалобы на головную боль, у 7 человек (43,8 %) имелись когнитивные расстройства, жалобы на слабость в ногах предъявляли 4 человека (25 %), 4 человек беспокоили головокружения (25 %), слабость в руках отмечали 3 человека (18,8 %), нарушения чувствительности в руках – 3 человека (18,8 %).

В неврологическом статусе на первом месте было диффузное снижение мышечного тонуса у 12 пациентов (75 %), вестибуло-мозжечковые нарушения наблюдались у 10 пациентов (62,5 %), одностороннее повышение рефлексов наблюдалось у 6 пациентов (37,5 %), у 5 пациентов наблюдалось расстройство чувствительности по полиневритическому типу (31,3 %), у 1 пациента имелось расстройство мышечно-суставного чувства (6,3 %), у 1 пациента – бульбарный синдром (6,3 %).

МРТ головного мозга проводилась 11 пациентам, при этом у 7 человек (63,6 %) наблюдалась наружная гидроцефалия, у 3 пациентов (27,3 %) – внутренняя гидроцефалия, 3 пациента (27,3 %) имели перивентрикулярные очаги, у 3 пациентов (27,3 %) выявлены крупные очаги, мелкофокальные очаги в стволе были у 5 пациентов (31,3 %).

ВЫВОДЫ:

1. Неврологические расстройства имеются у всех пациентов с системными васкулитами, при этом преобладают мышечная гипотония, вестибуломозжечковые нарушения, расстройства чувствительности по полиневритическому типу, одностороннее повышение рефлексов.
2. При проведении МРТ головного мозга наиболее часто встречаются наружная гидроцефалия и мелкофокальные очаги в стволе.

Таким образом, изменения со стороны ЦНС у больных с системными васкулитами неспецифичные.

АЛЬПЕРОВИЧ Б.И., САЛО В.Н., КРЕЧМЕР М.Ю.
Сибирский государственный медицинский университет,
ЛПМУ Городская больница № 3,
г. Томск

СТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ НИЗКИМИ ТЕМПЕРАТУРАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

На сегодняшний день проблема лечения цирроза печени становится все более актуальной, что связано с увеличением количества больных, а так же с неблагоприятным прогнозом заболевания.

Цель работы – изучить стимуляцию репаративных процессов в печени с использованием низких температур у больных хроническими гепатитами и циррозами печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 14 историй болезней пациентов с хроническими гепатитами и циррозами печени различной этиологии, оперированных с 1972 г. по 2004 г. в клинике хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ, включающие краевую резекцию печени, а так же криодеструкцию. Всем больным было проведено комплексное обследование: сбор жалоб, анамнеза заболевания, физикальное обследование, лабораторные и иммунологические методы исследования, УЗИ печени с допплеросонографией, эзофагогастроскопия. Исследовалась поглотительно-экскреторная функция печени вофавердиновым методом. Окончательный диагноз подтверждался гистологическим исследованием операционного материала. Для определения стадии процесса использовалась шкала тяжести цирроза по Child-Pugh.

Из 14 больных двое были с хроническим вирусным гепатитом В умеренной степени активности в сочетании с желчнокаменной болезнью, у 8 больных из 12 цирроз печени сочетался с кистами печени или желчнокаменной болезнью. Этиология циррозов печени была различной: алкогольная – у 4 пациентов, вирусной В этиологии – у 6 пациентов, сочетание вируса В и С – у 2 больных. 8 больных относились к классу А (5-6 баллов), 4 больных к классу В (7-9 баллов). Предо-

перационные мероприятия проводились в условиях гастроэнтерологического отделения и были направлены на решение следующих задач: снижение активности процесса, ликвидация или, по крайней мере, уменьшение проявлений осложнений цирроза – асцита, портальной гипертензии, проведение заместительной терапии.

После курса консервативной терапии больные переводились в хирургическое отделение. Оперировали пациентов с циррозом печени в стадии компенсации и субкомпенсации. У 7 больных выполнена криодеструкция печени с помощью оригинальных криоинструментов. Криовоздействие осуществлялось посегментарно из 10-15 точек.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всех случаях применения низких температур при операциях на печени не отмечалось интра- и послеоперационных осложнений. В послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика, как в степени выраженности болевого и диспепсического синдромов, так и в клинических проявлениях печеночной недостаточности – уменьшение проявлений холестаза, геморрагического синдрома. После выписки из стационара в течение года наблюдалась стойкая ремиссия, по данным УЗИ и допплеросонографии отсутствовало прогрессирование заболевания, в отличие от контрольной группы.

ВЫВОДЫ

Криодеструкция печени является достаточно эффективным и безопасным методом лечения больных с гепатитами и циррозами печени. Криодеструкция – технически простой, патогенетически обоснованный метод лечения. Применение низких температур для стимуляции регенерации печени может использоваться с целью продления периода компенсации цирроза печени.

АНДРЕЕВА В.И., МАРЦИЯШ А.А., ЛАСТОЧКИНА Л.А.,
ЭДИГЕЙ Н.А., СПИРИНА В.М., КИРЕНБЕРГ Е.В.
Кемеровский кардиологический центр,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Эпидемиологические исследования показывают, что у пациентов с сахарным диабетом (СД) артериальная гипертензия (АГ) встречается в 1,5-2 раза чаще, чем в общей популяции. Поскольку АГ остается основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, диагностика и коррекция повышенного артериального давления у больных СД является важной частью программы предупреждения развития осложнений. При массовом обследовании для выявления сниженной толерантности к глюкозе (СТГ), АГ выявляется у 20-40 % обследованных.

Цель исследования – изучение распространенности факторов риска (ФР) у больных СД 2 типа с сопутствующей АГ и показателей качества жизни (КЖ) по данным Ноттингемского профиля болезни.

В исследование включены 72 больных СД 2 типа, все пациенты женщины в возрасте 54,2 ± 8,5 лет, анамнез заболевания составил, в среднем, 15,7 ± 6,8 лет. Из 72 больных СД 43 (59,7 %) имели сопутствующую АГ. Анализ факторов риска, на наш взгляд, представляет определенный интерес. Так, из 52 больных (72,2 %) с избыточной массой тела 28 (53,8 %) знали о лишнем весе и только 15 (53,6 %) из них соблюдали диету. Из всех соблюдавших диету 93 % знали о роли диеты на течение СД и АГ. Курили 6 больных (8,3 %), из них знали о негативной роли курения на течение СД и АГ только 4 (66,7 %). Употребляли алкоголь 12 больных (16,7 %), знали о роли алкоголя на течение СД лишь 5 (41,7 %).

Занимались оздоровительной физкультурой 15 пациентов (20,8 %), знали о роли физической активности на течение СД и АГ 44 пациента (61,1 %). Регулярно принимали сахароснижающие препараты 61 пациент (84,7 %), знали о роли регулярного приема препаратов 65 (90,3 %). Регулярно принимали другие препараты 37 (51,4 %). Отягощенная наследственность по СД была у 31 больного (43,1 %), по АГ – у 33 (76,7 %). Отмечено сочетание нескольких ФР у одного пациента: так, один ФР отмечен у 14 больных (19,4 %), два – у 26 (36,1 %), три и более – у 31 (43,1 %).

В процессе исследования выявлено, что состояние здоровья оказывает влияние на следующие стороны жизни пациентов: на ведение домашнего хозяйства у 54 % пациентов, на участие в общественной жизни у 33 %, на полноценный отдых у 42 %, на домашнюю жизнь (взаимоотношения с другими членами семьи) у 13 %, на работу (выполнение оплачиваемого труда) у 31 %, на любимые занятия, увлечения у 17 %, на половую жизнь у 5,3 %. Настоящее исследование выявило исход-

но низкое качество жизни по показателям «сон», «энергичность», «физическая активность», «болевые ощущения» и «социальная изоляция».

Частота развития симптомов гипогликемии, возникающих у больных СД 2 типа, позволяет предположить недостаточную осведомленность пациентов данной категории о возможности развития этого состояния. Так, только 79 % больных имели адекватную осведомленность о симптомах гипогликемии, недостаточную осведомленность имели 16 %, и 5 % совершенно не были осведомлены о симптомах гипогликемии.

Наличие в анамнезе трех и более ФР сопровождалось достоверно худшим КЖ, в отличие от больных с одним или двумя ФР. Больные, имеющие в анамнезе АГ, имели достоверно более низкое качество жизни. Кроме того, эти пациенты чаще отмечали симптомы гипогликемии, что, вероятно, обусловлено диабетогенной активностью ряда антигипертензивных препаратов.

АНИЧКИНА О.А., ВОЛКОВА Л.И., БОГОМЯГКОВ В.С.,
ДАВЫДОВ А.В., КИСЕЛЕВА Ю.В.
Сибирский государственный медицинский университет,
Городская больница № 3,
г. Томск

ХРОНИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ: РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Несмотря на то, что в настоящее время в диагностике причин хронического кашля достигнут существенный прогресс, практические врачи и сами пациенты недооценивают значение этого симптома. В большинстве случаев больные принимают симптоматические противокашлевые средства. Врачи, в свою очередь, плохо осведомлены о причинах длительного кашля, зачастую недооценивают их, что приводит к трудностям управления и лечения данного симптома.

Цель работы – установить причину хронического кашля у пациентов с нормальной рентгенограммой органов грудной клетки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В условиях пульмонологического стационара проведено комплексное обследование 54 пациентов (37 женщин и 17 мужчин в возрасте 18-73 лет), страдающих кашлем более 8 недель, не курящих и принимающих только противокашлевые препараты. Выраженность кашля оценивалась в баллах. Алгоритм диагностики включал спирографию с бронхолитиком и метахолиновым тестом, фибробронхоскопию, анализ индуцированной мокроты, осмотр ЛОР-врача с проведением рино- и фарингоскопии, эзофагогастроскопию, морфологическую оценку биоптата слизистой пищевода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причины кашля установлены у всех больных, из них у 21 (38,9 %) – одна, у 33 – две и более. Самой частой причиной кашля явились бронхиальная астма (БА) – у 32 пациентов (у 15 кашлевой вариант БА (КВА), у 12 БА в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), у 5 сочетание КВА с синдромом постназального затека, обусловленного риносинуситом) и хронический бронхит (ХБ) – у 15 пациентов (у 8 в сочетании с ГЭРБ, у 1 с постназальным drip-синдромом). Кроме того, у 7 пациентов выявлено сочетание синдрома постназального затека с ГЭРБ. Из 21 больного, имевших одну причину, у 15 установлена КВА, у 4 – ХБ, у 2 – ГЭРБ. Обращало внимание отсутствие кашля в ночное время у больных с постназальным drip-синдромом. Всем больным с морфологически подтвержденным дистальным эзофагитом была назначена терапия омепразолом, на фоне которого отмечено значительное уменьшение кашля. Такая же положительная динамика отмечена у больных БА, которым была назначена базисная терапия.

ВЫВОДЫ

Вероятность успешной диагностики и лечения хронического кашля зависит от правильного направления диагностики. Главной особенностью, позволяющей выработать возможные диагностические версии, является комплексный клинический подход, который помогает установить причины кашля, позволяет снизить уровень врачебных ошибок, уменьшить количество исследований, минимизируя при этом затраты на диагностику.

БАГРОВА Л.О., ВОСТРИКОВА Е.А., ПРОСТАКИШИНА Ю.М., АРЖАЕВА Е.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ЧАСТОТА БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОТНИКОВ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), являясь одной из ведущих причин болезненности и смертности во всем мире, представляет значимую медицинскую и социальную проблему. Имеющиеся данные о распространенности ХОБЛ не отражают истинного положения в связи с тем, что болезнь, как правило, распознается на поздних стадиях заболевания. Российские показатели распространенности хронического бронхита (ХБ) в различных регионах широко варьируют. В связи с этим, актуален вопрос о совершенстве и своевременности выявления больных с ХОБЛ. Эти вопросы имеют большое практическое значение, так как влияют на здоровье людей, определяют программу первичной и вторичной профилактики заболевания. Наиболее доступным и объективным методом раннего выявления больных с ХОБЛ является скрининг респираторной функции организованного населения в рамках периодических медицинских осмотров, проводимых на предприятиях.

С 2001 года в Кемерове, на базе городского пульмонологического центра, проводилось исследование по изучению особенностей ХОБЛ в условиях индустриального центра. Одной из целей работы явилось определение распространенности бронхообструктивной патологии и оптимизация диагностического поиска лиц с нарушенной бронхиальной проходимостью в условиях цеховой и амбулаторной службы.

Были обследованы 3129 мужчин и женщин в возрасте 17-80 лет (1867 мужчин и 1262 женщин), из них 1137 человек работают на КОАО «Азот», 175 – на ГРЭС, 170 – на автотранспортном предприятии (АТП), 298 – на железной дороге (ЖД), 400 – в системе ГУИН, 143 – в ГКБ № 3; 806 человек – работники различных профессий и пенсионеры – обследованы путем поквартирного обхода в системе общей врачебной практики (ОВП).

Обследование проводилось в 2 этапа: на первом – одномоментный скрининг, включающий физикальное обследование, скрининговую спирометрию (за бронхиальную обструкцию принимались показатели $ОФВ_1$ и ПСВ < 80 % от должных величин и $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ < 70%); на втором этапе – лицам с подозрением на бронхообструктивное заболевание проводилось дообследование: осмотр пульмонолога, бронходилатационный тест (БДТ).

На скрининге был выявлен высокий процент лиц со сниженными показателями бронхиальной проходимости (среди мужчин $ОФВ_1$ < 80 % – у 21,3 %, ПСВ < 80 % – у 11 %, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ < 70 % – у 3,9 % обследуемых, среди женщин – 11,3 %, 10,8 %, 2,4 %, соответственно). Среди мужчин число лиц с нарушениями бронхиальной проходимости выше у работников АТП, ЖД и КОАО «Азот», среди женщин – у работниц ЖД.

При дообследовании диагноз ХОБЛ был верифицирован у 5,4 % мужчин и 1,1 % женщин. ХБ выявлен у 17,2 % мужчин и 6 % женщин, бронхиальной астмы (БА) – у 3,6 % мужчин и 8,3 % женщин. Как у мужчин, так и у женщин, показатели распространенности БА в различных профессиональных группах однородны, однако у женщин, работающих на химическом производстве, астма встречается чаще. У мужчин максимальная распространенность ХБ выявлена среди работников КОАО «Азот» и АТП, минимальная – среди работников ГУИН. ХОБЛ намного чаще встречается у работников АТП и ЖД, реже – у работников ГУИН и среди неорганизованного населения. У женщин распространенность ХБ не зависит от профессиональной принадлежности, а вот частота ХОБЛ достоверно выше у работниц ЖД.

БРЫЗГАЛИНА С.М., ШИМОТЮК Е.М.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

К числу аспектов, которые определяют качество жизни женщин в переходном и старческом периоде, относятся «болезни» эстрогенового дефицита: нейровегетативные проявления климактерического синдрома, урогенитальные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы, явления остеопороза и др. Для этого возраста характерны нарушения гормонального го-

меостаза: относительно стойкое снижение продукции ингибина яичниками и повышение уровня ФСГ, в то же время флюктурирующие выбросы ЛГ и эстрадиола. Клинически это проявляется аменореей и разнообразной палитрой климактерических симптомов – от психо-вегетативных до системы метаболических нарушений.

Гормонотерапия в климактерии не преследует цели восстановления фертильности. Для женщин в перименопаузе с интактной маткой в качестве ЗГТ показаны 2-х и 3-х фазные препараты, в которых к эстрогенам в циклическом режиме добавлены прогестагены. В постменопаузе показаны монофазные низкодозированные препараты. В этот период целью лечения является устранение симптомов климактерического синдрома, улучшение качества жизни в физическом и психическом отношении и предупреждение развития остеопороза и ишемической болезни сердца.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность фемостона 1/5 у пациенток с климактерическим синдромом (КС) и остеопенией. Фемостон 1/5 содержит 17-бета-эстрадиол, который быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, что не приводит к резким колебаниям его уровней в плазме крови. Кроме того, прогестагенный компонент гидрогестерон полностью лишен андрогенной активности и надежно защищает эндометрий.

Под нашим наблюдением находились 18 пациенток в возрасте 55,3 ± 2,8 лет с климактерическим синдромом и остеопенией различной степени выраженности. Препарат фемостон 1/5 назначался в течение 6 месяцев по 1 таблетке в день в беспрерывном режиме. Перед лечением и через полгода терапии оценивали степень выраженности климактерического синдрома с помощью индекса Куппермана (ИК) и выраженности остеопении по данным денситометрии. Через 6 месяцев лечения фемостоном 1/5 отмечено снижение частоты симптомов КС на 73 %: до лечения ИК составил 21,4 ± 1,9 балла, после лечения – 5,8 ± 1,6 балла ($p < 0,05$).

Показатели МПКТ при денситометрии улучшились, что объясняется защитным влиянием эстрогенов на костную ткань, а именно: активация синтеза кальцитонина, активация процессов гидроксилирования витамина Д3 в почках и превращение его в активную форму 1,25-дигидроксихолекальциферол; снижение катаболического эффекта тироксина за счет усиления синтеза тиреоглобулина. Защитное влияние гестагенов на костную ткань проявляется в виде прямого воздействия через специфические рецепторы на остеобластах, так и опосредованно путем блокады рецепторов к глюкокортикоидам и снижению их ингибирующего эффекта на костную ткань. Препарат хорошо переносится, ни в одном случае не отмечено побочных эффектов.

Таким образом, фемостон 1/5 высоко эффективен при лечении климактерических расстройств и остеопении при КС.

БРЫЗГАЛИНА С.М., КОРОЛЕВА Ю.Б., БИЧАН И.В., ГАМИДОВА И.И.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Многоликость клинических проявлений гиперпаратиреоза зачастую является причиной поздней диагностики заболевания. В работе представлены данные клинико-функционального исследования околощитовидных желез 16 больных первичным гиперпаратиреозом. Среди наблюдаемых 11 женщин и 5 мужчин в возрасте 26-56 лет. У всех больных длительный анамнез, когда они наблюдались по поводу язвенной болезни желудка или 12 перстной кишки (12 %), холецистита (16 %), панкреатита (4 %), почечно-каменной болезни (81 %), гипертонической болезни (5 %), ишемической и токсической миелопатии с тетрапарезом и атаксическим синдромом (1 больной), нарушениями сердечного ритма (2 %), снижением слуха (2 %).

Своевременная диагностика предупреждает возможность развития осложнений и способствует ранней реабилитации больных. Необходима, прежде всего, настороженность врачей поликлинического звена (терапевтов, гастроэнтерологов, кардиологов, невропатологов, стоматологов, ортопедов-травматологов и других специалистов) в отношении клинических «масок» гиперпаратиреоза. Широко доступны исследования уровня кальция, в том числе ионизированного, фосфора в крови и моче, общего анализа мочи, проведение пробы по Зимницкому, УЗИ внутренних органов, денситометрия. Желательно определение паратгормона, тиреокальцитонина.

Поздняя диагностика может быть причиной не только развития тяжелых осложнений (на нашем

примере – нефрокалькулез с развитием ХПН, выраженный остеопороз с переломами, тотальный жировой панкреонекроз), но и летального исхода.

Серьезной проблемой при гиперпаратиреозе является терапия диффузного остеопороза в сочетании с почечно-каменной болезнью. Наш опыт использования кальцемина адванс свидетельствует о высокой эффективности препарата, содержащего не только кальций и витамин $Д_3$, но и цинк (участвует в биосинтезе белков, способствует росту и восстановлению клеток), медь (делает кости упругими), марганец (помогает формированию хрящей), бор (обеспечивает равномерное усвоение необходимых костям веществ).

ВАВИЛОВ А.В., КАЛИМУЛЛИНА Л.Д., ЛОМИВОРОТОВА Г.В., БЕЛОВОЛ О.Е.
МУЗ Городская клиническая больница № 11,
г. Кемерово

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, УЧИТЫВАЮЩЕГО ПАСПОРТНЫЙ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТОВ

Рецидивирующее язвообразование в гастродуоденальной зоне (ГДЗ), традиционно называемое в России язвенной болезнью (ЯБ) остается актуальной медико-социальной проблемой. Результаты лечения и реабилитации больных пептическими гастродуоденальными язвами далеко не всегда удовлетворяют врача и пациента: при всех известных методах лечения ЯБ возможны рецидивы заболевания, при проведении современной эрадикационной терапии, рассматриваемой в настоящее время как единственное адекватное лечение Helicobacter pylori (Hp) – ассоциированной ЯБ у 25-85 % пациентов отмечаются побочные эффекты (Фадин И.С. и соавт., 2004), вынуждающие прекратить лечение хеликобактерной инфекции и неблагоприятно влияющие на отношение пациента к лечащему врачу.(Вавилов А.М., 2004).

Лечение язвенной болезни требует значительных финансовых затрат (Чусов Н.К. и соавт., 1997). Сказанное делает очевидным необходимость оптимизации лечения и реабилитации пациентов, страдающих рецидивирующим язвообразованием в ГДЗ. Перспективным направлением такой оптимизации авторы настоящего сообщения считают дифференцированное лечение и реабилитацию больных ЯБ разного паспортного и биологического возраста. Настоящее сообщение посвящено обобщению результатов исследования, имевшего своей целью сравнение динамически клинических эндоскопических симптомов обострений ЯБ, продолжительности эндоскопических рецидивов заболевания и побочных эффектов терапии у больных, лечение и реабилитация которых проводилась согласно названным выше рекомендациям (1-я группа) и у пациентов, получавших терапию и реабилитационные мероприятия без учета паспортного и биологического возраста (2-я группа).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Первую группу составили 89 больных (45 мужчин и 44 женщины), лечившихся по поводу обострений ЯБЖ, 54 из них (28 мужчин и 26 женщин) после развития эндоскопической ремиссии наблюдались в течение года, и 154 пациента (81 мужчина и 73 женщины), лечившихся по поводу рецидивов пептических дуоденальных язв, 98 из них (51 мужчина и 47 женщин), наблюдались в течение года. Во вторую группу вошли 74 больных с обострениями ЯБЖ (39 мужчин и 35 женщин), 51 из них (27 мужчин и 24 женщины) наблюдались в течение года после развития эндоскопической ремиссии, и 91 больной (38 мужчин и 35 женщин), лечившиеся по поводу рецидивов ДПК, 73 из них (38 мужчин и 35 женщин) наблюдались в течение года после заживления дуоденальной язвы.

Всем больным до начала лечения проведены ФГДС и биопсия слизистой оболочки (СО) желудка и ДПК, обследование на Hp (уреазный тест). Повторное эндоскопическое обследование во время обострений заболевания проводилось у больных ЯБЖ через 3 недели, у пациентов, страдающих ЯБ ДПК, через 2 недели после первого обследования. Через 10,5-12 месяцев после развития эндоскопической ремиссии у больных, наблюдавшихся в течение года, выполнены ФГДС и биопсия слизистой, проведен уреазный тест.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность абдоминального болевого синдрома у больных ЯБЖ составила в 1-й группе $5,5 \pm 0,4$ дней, во 2-й группе – $7,6 \pm 0,5$ дней ($p < 0,05$), у больных ЯБ ДПК – $3,8 \pm 0,3$ и $4,2 \pm 0,5$ ($p > 0,05$ дня), соответственно. Эндоскопическая ремиссия ЯБЖ в течение трех недель развилась у 91 % больных 1-й группы и у 68,9 % паци-

ентов 2-й группы. В течение двух недель эндоскопическая ремиссия развилась у 82,5 % больных ЯБ ДПК 1-й группы и у 63,7 % пациентов 2-й группы. Успешная эрадикация Нр отмечена у 83,2 % больных ЯБЖ 1-й группы и у 56,8 % пациентов 2-й. В сравниваемых группах величина названного показателя составила 82,5 % и 63,7 %, соответственно ($p < 0,001$). Рецидивы ЯБЖ в течение года отмечены у 9,3 % больных 1-й группы и у 33,3 % пациентов 2-й, величина названного показателя составила 7,1 % и 18,7 % ($p < 0,05$). Побочные эффекты лекарственных препаратов отмечены у 24,7 % больных ЯБЖ 1-й группы и у 41,9 % пациентов 2-й, 24,9 % больных дуоденальными язвами 1-й группы и у 40,7 % больных ЯБ ДПК 2-й.

Дифференцируя лечебные и реабилитационные мероприятия с учетом паспортного и биологического возраста больных, можно ускорить развитие клинической и эндоскопической ремиссии, повысить эффективность эрадикационной терапии, уменьшить частоту пептических язв. При проведении лечения и реабилитации больных ЯБ с учетом паспортного и биологического возраста удается достичь результатов, близких к рассматриваемым в современной литературе, как хорошие (Шутов И.С. и соавт., 2001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированных подход к лечению и реабилитации больных ЯБ с учетом паспортного и биологического возраста – перспективное направление оптимизации лечения и реабилитации пациентов, страдающих рецидивирующими гастродуоденальными язвами.

ВАЛИКОВА Т.А, ПУГАЧЕНКО Н.В., ВОСТРЯКОВА С.А., АЛИФИРОВА В.М.
Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра неврологии и нейрохирургии,
г. Томск

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Диагностика ишемических инсультов в вертебро-базилярном бассейне достаточно трудна, клинические проявления разнообразны, методы нейровизуализации не всегда достоверны.

Цель исследования – выявление клинических особенностей ишемических инсультов в вертебро-базилярном бассейне.

За 5 лет в неврологической клинике СибГМУ проходили лечение 108 больных с ишемическим инсультом в вертебро-базилярном бассейне. Обращает на себя внимание большое число лиц молодого возраста: от 25 до 45 лет было выявлено 48,7 %, от 45 до 60 лет – 30,4 %, 21,9 % были старше 60 лет. Среди больных преобладали женщины (64 человека), что составило 59,2 %. Наиболее частыми этиологическими факторами были гипертоническая болезнь (49 %), атеросклероз в сочетании с гипертонической болезнью (29,5 %), церебральный атеросклероз (21,5 %), подтвержденный данными липидного спектра и показателями коагулограммы. Остеохондроз шейного отдела позвоночника 2-3 стадии диагностирован у 62,4 % больных, что указывает на его значимость в патогенезе ишемических инсультов в вертебро-базилярном бассейне.

В большинстве случаев вестибулярные нарушения являются доминирующими в неврологической симптоматике ишемических инсультов в вертебро-базилярной системе. Среди субъективных симптомов мы наблюдали: системное головокружение у 34,2 %, в 47,2 % – несистемное головокружение, сочетанное – у 14,6 %, и в 4 % случаев наблюдалась расплывчатость изображения зрительных объектов. Среди объективных симптомов выявлено: нистагм в 65,7 %, вестибуло-атактический синдром – 81,4 %, бульбарные нарушения – 5,5 %, сегментарные нарушения чувствительности лица 20 %, псевдобульбарный синдром – 36,1 %. У половины больных выявились вегетативные нарушения в виде синдрома Горнера (12,9 %), гипергидроза (21 %), у 1/3 больных отмечались глазодвигательные нарушения: парез взора, анизокария, нарушения конвергенции. Кроме этого, у некоторых пациентов отмечались мозжечковые нарушения – 30,6 %, гемипарезы, носящие нерезко выраженный характер – 15,7 %, и в 65,9 % наблюдалась пирамидная недостаточность.

Острое развитие инсульта в вертебро-базилярном бассейне отмечалось в 73 % случаев, такое начало обычно характерно для лиц с гипертонической болезнью. У 27 % больных очаговая неврологическая симптоматика нарастала постепенно в течение 1-2 суток. У 34,2 % больных полный регресс неврологической симптоматики произошел за 3 недели, остальные пациенты были выписаны с неврологическим дефицитом различной степени выраженности.

Таким образом, на наш взгляд, особенностью ишемических инсультов в вертебрально-базилярном бассейне является более молодой возраст па-

циентов, у трети больных инсульт протекал по типу малого, двигательные нарушения были незначительными и обратимыми. По нашим данным, отсутствовала летальность больных, кроме того, достаточно значительную роль в этиологии играл остеохондроз шейного отдела позвоночника.

ВОЛКОВА Л.И., КАПИТАНОВА Д.В., САПРЫКИНА Э.В.
Сибирский государственный медицинский университет,
ЛПМУ Городская больница № 3,
г. Томск

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Согласно международным рекомендациям (GINA, 2002), основное место в лечении обострений бронхиальной астмы (БА) занимают системные глюкокортикостероиды (СГКС), бронхолитики и кислородотерапия. Прием СГКС связан с риском развития побочных эффектов. Прием дозированных ингаляционных ГКС (ИГКС) при обострении малоэффективен из-за выраженной бронхиальной обструкции. Эффективным способом доставки ИГКС при обострении БА явилась небулайзер-терапия.

Цель исследования – сравнить эффективность лечения обострения БА небулизированным будесонидом и коротким курсом СГКС, используя новые неинвазивные методики оценки бронхиального воспаления.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Включено 20 пациентов со среднетяжелым обострением БА, которые были разделены на 2 группы по 10 человек. I-я группа, средний возраст 54,6 ± 5,7 лет, получала бронхолитик и суспензию будесонида 4 мг/сут через небулайзер, средняя продолжительность лечения 6,3 ± 1 сут. (5-8 сут.). II-я группа, средний возраст 54,9 ± 14,2 лет, получала преднизолон перорально в начальной дозе 30 мг/сут, со снижением дозы и полной его отменой на 8-11 сутки (средняя курсовая доза 176,5 ± 17,5 мг), бронхолитик через небулайзер. Результаты оценивали по динамике клинических симптомов БА, показателей спирометрии, клеточного состава индуцированной мокроты, уровней оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ). По исходным показателям изучаемых параметров группы достоверно не отличались.

РЕЗУЛЬТАТЫ

К окончанию курса терапии отмечалось улучшение состояния у больных в обеих группах. В I группе наблюдалось уменьшение симптомов БА с 7,1 ± 1,1 до 1,3 ± 1,1 баллов ($p < 0,05$), приступов удушья с 6,4 ± 2,1 до 1,3 ± 1,4 в сутки ($p < 0,05$), потребности в β_2-агонистах с 7 ± 2,9 до 1,6 ± 1,5 ингаляций в сутки ($p < 0,05$). Наблюдалась положительная динамика показателей функции внешнего дыхания. ПСВ увеличилась с 46,3 ± 15,5 % до 78 ± 15,5 % ($p < 0,05$), $ОФВ_1$ – с 52,6 ± 16,5 % до 78 ± 16,7 % ($p < 0,05$). В индуцированной мокроте наблюдалось снижение общего цитоза с 1,45 ± 0,4 до 1,1 ± 0,2 $\times 10^6$ клеток/мл ($p < 0,05$) и количества эозинофилов с 34,6 ± 19 % до 14,4 ± 8,5 % ($p < 0,05$), увеличение количества альвеолярных макрофагов с 35,7 ± 13,4 % до 60,5 ± 6,7 % ($p < 0,05$). Снизился уровень оксида азота в КВВ с 8,8 ± 3,6 до 3 ± 1,3 нМ/мл ($p < 0,05$). К окончанию лечения в I группе полного контроля БА достигли 7 пациентов, неполный контроль был у 3 пациентов.

Во II группе также уменьшились симптомы БА с 7,8 ± 1,1 до 2,2 ± 1,9 баллов ($p < 0,05$), приступы удушья с 7 ± 1,1 до 1,5 ± 1,9 в сутки ($p < 0,05$), потребность в β_2-агонистах с 7,4 ± 3,1 до 1,3 ± 1 ингаляций в сутки ($p < 0,05$). ПСВ увеличилась с 35,3 ± 18,6 % до 71,4 ± 27,1 % ($p < 0,05$), $ОФВ_1$ – с 47,8 ± 22,7 % до 74,1 ± 31,2 % ($p < 0,05$). В индуцированной мокроте уменьшился общий цитоз с 1,42 ± 0,4 до 1,2 ± 0,4 $\times 10^6$ клеток/мл ($p < 0,05$) и количество эозинофилов с 32,2 ± 16,2% до 14,1 ± 7,3 % ($p < 0,05$), увеличилось количество альвеолярных макрофагов с 37 ± 11,4 % до 56,9 ± 11,3 % ($p < 0,05$). Снизился уровень оксида азота в КВВ с 8,9 ± 3,7 до 3,5 ± 1,8 нМ/мл ($p < 0,05$). Полный контроль БА достигнут у 6 пациентов, неполный – у 4.

ВЫВОДЫ

Суспензия будесонида через небулайзер при обострении БА демонстрирует высокую клиническую эффективность, сравнимую с эффективностью курса СГКС, а применение неинвазивных методик оценки воспаления позволяет оптимизировать программы лечения.

ЖУЙКОВА М.М., ЗИМИНА В.Н., ГАЛАЙДА Н.М.,
СМЕРДИН С.В., ПЕЧЕРИНА И.В.
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Для излечения туберкулезного процесса с минимальными остаточными изменениями решающее значение имеет организация работы стационарного этапа лечения. Стационарная противотуберкулезная помощь населению Кемеровской области осуществляется на базе 12 стационаров в крупных городах региона, 9 из них выполняют функции межтерриториальных центров, осуществляя госпитализацию пациентов из прикрепленных территорий. Общая терапевтическая коечная мощность области – 1625 коек.

Традиционно эффективность клинической работы противотуберкулезного отделения принято оценивать по прекращению бактериовыделения и закрытию полостей распада у пролеченных больных туберкулезом органов дыхания (ОД). При проведении анализа работы противотуберкулезных стационаров области за 2003 г. по результатам отчетов отмечено, что в целом при однородной клинической структуре больных туберкулезом ОД и достаточном обеспечении противотуберкулезными препаратами эффективность лечения впервые выявленных больных отличалась в различных стационарах области крайней вариабельностью. Так, размах колебаний показателя по прекращению бактериовыделения наблюдался от 49,2 % до 78,2 %, закрытия полостей распада – от 16 % до 50,7 %. Естественно, достоверность представленной информации вызывала большие сомнения.

Областным противотуберкулезным диспансером осуществлены инспекторские визиты во все стационарные отделения области. Выявлено, что показатель прекращения бактериовыделения интерпретируется различными стационарами неоднозначно: в одних стационарах учитываются данные бакобследований (результаты которых на момент выписки еще не готовы), в других – бактериоскопии. Регистрация закрытия полостей распада нередко осуществляется без томографического подтверждения.

В целях обеспечения единого подхода к оценке работы всех противотуберкулезных стационаров области разработаны единые рекомендации. Предложено оценивать эффективность лечения по 2 показателям: негативации мокроты по окончании срока стационарного лечения методом микроскопии мазка мокроты (ММ), независимо от метода обнаружения микобактерий туберкулеза при выявлении (ММ или посев); закрытию полости распада на основании томографического обследования больных при выписке из стационара. При этом диагноз деструктивного туберкулеза при поступлении в отделение так же должен быть подтвержден томографически и соответствовать диагнозу, утвержденному на ЦВКК.

В результате внедрения этих рекомендаций, по результатам отчетов противотуберкулезных учреждений области за 2004 г., отмечено выравнивание показателей эффективности лечения в стационарах области. В среднем, закрытие полостей распада консервативно у впервые выявленных больных на стационарном этапе удается достигнуть у 50-60 % пациентов (без выписанных преждевременно), а прекращения бактериовыделения (по негативации ММ) – у 80-85 % пациентов.

Таким образом, стандартизация подходов к оценке эффективности и результативности проводимых лечебных мероприятий в противотуберкулезных стационарах позволяет провести объективный анализ работы самого ресурсозатратного объекта противотуберкулезной службы, коим является коечный фонд.

ЖУКОВА Н.Г., ГАШИЛОВА Ф.Ф., ЖУКОВА И.А.
Сибирский государственный медицинский университет,
МЛПУ Медсанчасть № 2,
г. Томск

НОВЫЙ ДОФАМИНОВЫЙ АГОНИСТ МИРАПЕКС В ЛЕЧЕНИИ ПАРКИНСОНИЗМА

Лечение паркинсонизма представляет большую проблему. Существующие принципы лечения основаны на современных представлениях о биохимических нарушениях нейрональносинаптического уровня, лежащих в основе заболевания. Установлено, что даже на далеко зашедших стадиях имеется достаточное количество сохранных дофаминэргических рецепторов, которые можно стимулировать. На этой идее основывались разработчики агонистов дофаминовых рецепторов. Одним из современных представителей этой группы препаратов является мирапекс (прамипексол).

Цель исследования – изучение эффективности мирапекса при паркинсонизме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За время проводимого исследования нами обследованы 62 больных паркинсонизмом среднего возраста 73 ± 9,5 лет, из них 34 женщины (54,8 %) и 28 мужчин (45,2 %). Верификация диагноза осуществлялась на основании анамнеза, клинических проявлений по общепринятой классификации по МКБ-10 от 1995 г. (G20-G23) с уточнением стадии болезни по Hoehn и Yahr (1967).

По нашим данным, дрожательно-ригидная форма зарегистрирована у 33 лиц (53,2 %), ригидная – у 17 (27,4 %), дрожательная – у 12 (19,4 %); по Hoehn и Yahr I стадия выявлена в 20 случаях (32,3 %), II стадия – в 26 (41,9 %), III стадия – в 12 (19,4 %), IV стадия – в 4 (6,5 %). На монотерапии были 24 больных (38,7 %), комбинированной – 38 (61,3 %).

Мирапекс назначался с 0,125 мг/сут. с повышением дозы в течение 7 недель до достижения максимального эффекта и последующей поддерживающей дозой 0,5-1,0 мг/сут в 2-3 приема в виде монотерапии или в комбинации с другими противопаркинсоническими препаратами.

В ходе исследования производилась оценка продолжительности периодов «включения-выключения»; выраженность клинических проявлений по суммарному баллу унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений паркинсонизма (UPDRS) и индивидуальным дневникам с указанием побочных эффектов, а также стадии заболевания по шкале Hoehn и Yahr до лечения и через 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установлено достоверное снижение суммы баллов по шкале UPDRS с 53,0 ± 3,9 до 24,3 ± 3,1 ($p < 0,001$), укорочение продолжительности периодов «выключения», снижение тяжести заболевания по Hoehn и Yahr с 2,26 ± 0,1 по 1,48 ± 0,09 ($p < 0,001$), удалось снизить на 34 % дозу леводопосодержащих препаратов у больных, получавших комбинированную терапию ($p < 0,01$). Так, у 36 человек (58,1 %) наблюдалось уменьшение скованности, у 23 (37,1 %) – снижение тремора, у 41 (66,1 %) – улучшение выполнения мелких движений, у 28 (45,2 %) – облегчение походки, у 11 (17,7 %) – исправление почерка, у 17 (11,3 %) – более выразительная речь.

Побочные эффекты отмечались в единичных случаях: головокружение и тошнота у 7 (11,3 %), сонливость – у 3 (4,8 %), головная боль и галлюцинации – у 2 (3,2 %), периферические отеки на ногах и бессонница – у 1 (1,6 %).

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности препарата мирапекс для лечения паркинсонизма любой стадии.

ЗАУЗЕЛКОВА Е.А., ГРИБКОВА И.А., НОВОСЕЛОВА Л.В.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА УМЕНЬШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ

Подавляющее большинство людей имеют лишнюю массу, а 35 % страдают настоящим ожирением, т.е. вес на 20 % превышает идеальный для их роста показатель, определяющийся индексом массы тела (ИМТ). Низкая физическая активность (гиподинамия) является одной

из причин ожирения, которое, в свою очередь, – причина и отягощающий фактор многих заболеваний внутренних органов и систем организма.

С целью профилактики гиподинамии на базе физиотерапевтического отделения МУЗ Клинической поликлиники № 5 с января 2005 г. по настоящее время были организованы занятия лечебной физкультурой для сотрудников. Группа состояла из 10 женщин, систематически (5 раз в неделю) посещающих занятия. Возраст – от 31 до 47 лет. Анамнез включал следующие патологии: 1) остеохондроз различных отделов позвоночника – 100 %, 2) инсульт – 20 %, 3) заболевания органов дыхания – 30 %, 4) заболевания органов ЖКТ – 60 %, 5) алиментарное ожирение – 100 %. Комплекс лечебной гимнастики строился по следующей схеме: продолжительность занятия 45 минут, темп медленный, моторная плотность в первый месяц 60 %, ко второму месяцу и по настоящий момент 77,7 %.

Комплекс состоял из 15-16 основных упражнений – изометрических и на растягивание, с вовлечением в тренировочный процесс крупных и средних мышечных групп и суставов. Количество повторений 3-5 раз, исходное положение сидя, стоя, лежа на спине. Кроме того, использовались приемы аутогенной тренировки и упражнения на мышечное расслабление.

В течение 3 месяцев все вышеперечисленное проводилось на фоне произвольного дыхания. При этом наблюдались субъективное улучшение самочувствия, увеличение объема движений в крупных суставах и позвоночно-двигательных сегментах, а также отсутствие дней нетрудоспособности по обострению хронических заболеваний. Изменений в объемах, массе тела не отмечено.

В последующие месяцы в комплекс упражнений введено диафрагмальное дыхание для улучшения взаимодействия дыхания и движения, с целью улучшения результативности метода. Дыхательный цикл включал максимальный вдох, максимальный выдох, задержку дыхания на 8 секунд, чем достигалась повышенная оксигенация крови. А это, в сочетании с изометрическим напряжением в определенной мышечной группе, приводило к уменьшению жировой прослойки в данной области. Контроль объемных показателей и массы тела проводился ежемесячно. Среднее снижение объемов составило: обхват живота на уровне XII ребра – 4,1 %; по самой узкой части живота – 5,7 %; на 5 см ниже пупка – 6,5 %, обхват бедер – 4,5 %, обхват бедра в самой широкой части – 4 %.

В результате исследования необходимо отметить, что ИМТ в данном случае не информативен, т.к. уменьшение объемных показателей шло в гораздо большей степени, чем снижение массы тела, что связано со сжиганием жировых отложений и увеличением мышечной массы в процессе тренировок. При этом наблюдается закономерность: чем более выражена степень ожирения, тем быстрее уменьшение объемных показателей. Своеобразие данной методики в том, что при умеренной нагрузке и сравнительно небольшой продолжительности занятия она дает лучшие результаты, чем аналогичные методики, направленные на снижение массы, поэтому может быть рекомендована для занятий с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.

ЗУЕВА С.А., КОВАЛЕНКО А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

На современном этапе развития медицины, в связи с установившейся тенденцией старения населения в нашей стране, одной из актуальных проблем являются нарушения когнитивных функций и развитие деменции у лиц пожилого и старческого возраста.

На базе отделения ветеранов и инвалидов войн МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского нами были обследованы клиническими и нейропсихологическими диагностическими методами 18 человек (10 женщин и 8 мужчин) пожилого и старческого возраста (ср. возраст – 81,5 лет) с недостаточностью кровообращения I-II степени и хронической ишемией головного мозга II-III степени, установленной на основании клинических проявлений. Все обследуемые не имели в анамнезе острых сосудистых катастроф – инфарктов миокарда или инсультов.

В большинстве случаев в клинической картине хронической ишемии головного мозга доминировали вестибуло-атактический (100 %) и псевдобульбарный синдромы (78 %). Другие синдромы – акинетико-ригидный, пирамидной недостаточности, астенодепрессивный, бульбарный встречались с частотой не более 28 %, и клиническая выраженность симптомов не была значительной.

Психоорганический синдром отсутствовал в определении диагноза у всех пациентов.

Всем пациентам проведено стандартное нейропсихологическое обследование, включающее краткое исследование психического состояния (MMSE), батарею лобной дисфункции (FAB), тест рисования часов, тест на цифровую последовательность. У всех пациентов отмечались когнитивные нарушения разной степени выраженности. В 44 % случаев определялось снижение когнитивных функций, соответствующее возрастным изменениям. У остальных 56 % обследуемых определялись когнитивные нарушения легкой (33 %) и умеренной (23 %) степени по MMSE.

При легкой степени когнитивных нарушений у 67 % отмечалось незначительное снижение по FAB и тесту рисования часов, что говорит в пользу деменции Альцгеймеровского типа, у остальных 33 % определялось значительное снижение по FAB и тесту рисования часов, что соответствует лобной деменции. При умеренной степени когнитивных нарушений по MMSE у всех пациентов отмечалось значительное снижение по другим шкалам, указывающее, вероятно, на диффузное поражение головного мозга сосудистого генеза. Тест на цифровую последовательность выявил значительное снижение когнитивных функций у всех обследуемых пациентов, подтверждая наличие у них органического поражения головного мозга, при этом изменения не являлись специфическими и не зависели от выраженности когнитивных расстройств по остальным шкалам.

Анализ полученных результатов позволил определить, что у лиц со снижением когнитивных функций до легкой и умеренной степени в 40 % случаев наблюдается Альцгеймеровский тип нарушений, в 40 % – сосудистый, в 20 % – лобный.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало значительный полиморфизм когнитивных нарушений, отражающий поражение различных отделов головного мозга, несмотря на наличие сходной патологии сердечно-сосудистой системы. Это указывает на многообразие причин, приводящих к когнитивным расстройствам, и требует дифференцированного подхода к коррекции имеющихся нарушений.

ИГНАТОВА Т.В., АЛИФИРОВА В.М., СТРЕЛИС Л.П., УДУТ В.В.
ГУ НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН,
МЛПУ Городская больница № 3,
г. Томск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕФЛЕКТОРНЫМ СИНДРОМОМ (СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ)

Цель работы – изучение клинической эффективности иглорефлексотерапии (ИРТ) в комплексном лечении пациентов с обострением остеохондроза позвоночника с рефлекторным синдромом (синдром позвоночной артерии) (ОП с СПА).

Клинические эффекты ИРТ, вызывающей дозированную кортизоловую стимуляцию за счет парциального стресс-реализующего действия, обеспечивающую условия тренировки адекватных адаптивных реакций, были изучены у 50 пациентов при обострении ОП с СПА. Все пациенты, получали медикаментозную терапию (диклофенак, мидокалм, бетасерк). В основной группе проводился курс ИРТ методом сочетания дистальных, проксимальных и аурикулярных точек, во второй группе – методом сочетания точек общеукрепляющего воздействия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе лечения переносимость процедур ИРТ была хорошая, в обеих группах отмечался отчетливый регресс проявлений патологического процесса, в основной группе эти изменения были более значимы. Так, регресс болевого синдрома в первой группе был отмечен уже на 2-4 сутки от начала лечения, в контрольной несколько позже; головные боли, головокружения, шум в голове и другие жалобы уменьшались в том же порядке, с четким преимуществом основной группы.

Изменения в неврологическом статусе происходили параллельно с изменениями жалоб. Выраженность симптомов натяжения, болезненность патогномоничных точек, ограничение движений в шейном отделе позвоночника регрессировали оперативнее в основной группе, с позитивной тенденцией к окончанию лечения. Узелки Мюллера, Карнелиуса, гипергидроз и астено-депрессивный синдром практически не отмечались по окончании лечения в основной группе и сохранялись частично в группе контроля.

Показатели нейропсихологических тестов, при исходном равенстве по группам, позитивно измени-

лись с преобладанием в основной. Выраженность и продолжительность тревожных состояний дольше сохранялись во второй группе. Особо значимых нарушений внимания, устойчивых знаний, способности к запоминанию у исследуемых пациентов до лечения не отмечено, но прослеживается некоторое улучшение показателей теста по его окончании.

При исследовании уровня инсулина, кортизола и АКТГ, а также кортизол/инсулинового индекса в ответ на процедуру иглоукалывания имело место для первой группы состояние гормонального гомеостата, соответствующее реакции на дозированные стрессирующие воздействия, однако к окончанию терапии именно в этой группе позитивные изменения гормонального статуса наиболее выражены. Во второй группе динамика не столь значима и характеризуется сохраняющейся диссоциацией гормональной регуляции. Так же, преимущественно в первой группе, имеет место более выраженная динамика изменений типа адаптационных реакций, от затратных до физиологически оптимальных и менее во второй.

Результаты проведенных исследований показали, что более выраженный позитивный эффект комплексной терапии с применением ИРТ методом сочетания дистальных, проксимальных и аурикулярных точек при лечении больных ОП с СПА в стадии обострения и менее при комплексной терапии с применением ИРТ методом сочетания точек общеукрепляющего воздействия.

ИГНАТОВА Т.В., АЛИФИРОВА В.М.
Сибирский государственный медицинский университет,
МЛПУ Городская больница № 3,
г. Томск

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕФЛЕКТОРНЫМ СИНДРОМОМ (СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ) В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Болезни позвоночника занимают первое место по распространенности среди населения земного шара, а наиболее часто встречающимся среди них является остеохондроз позвоночника. Каждый второй житель планеты ощущает клинические проявления этого заболевания, представляющего собой серьезную медико-социальную проблему. Удельный вес неврологических проявлений дегенеративно-дистрофического поражения позвоночного столба составляет от 67 до 95 % среди всех заболеваний периферической нервной системы. Вертеброгенный синдром позвоночной артерии – распространенная патология, нередко является причиной неврологических расстройств, приводящих к временной, реже стойкой, потере трудоспособности. Основная угроза – это развитие ангиодистонических состояний и ограничение кровотока в вертебрально-базилярной системе, что, в свою очередь, может привести к инсульту.

Цель исследования – изучение частоты обращения пациентов с обострением остеохондроза позвоночника с рефлекторным синдромом (синдром позвоночной артерии) (ОП с СПА) в участковую поликлинику, в зависимости от пола и возраст.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 109 пациентов, обратившихся в участковую поликлинику за определенный отрезок времени с обострением ОП с СПА. Диагноз установлен на основании общепринятых критериев в соответствии с МКБ-10. Дифференциальный диагноз проводился с недостаточностью кровообращения в вертебрально-базилярной системе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе пола и возраста пациентов, обратившихся в поликлинику с обострением ОП с СПА, складывается следующее: в возрасте 19-20 лет – 4 человека (3,6 %), мужчин 2 (1,8 %), женщин 2 (1,8 %); в возрасте 21-30 лет – 15 (13,7 %), мужчин 2 (1,8 %), женщин 13 (11,9 %); 31-40 лет – 23 (21,1 %), женщин 20 (18,3 %), мужчин 3 (2,8 %); в возрасте 41-50 лет – 37 (33,9 %), мужчин 6 (5,5 %), женщин 31 (28,4 %); в возрасте 51-60 лет – 24 (21,9 %), мужчин 4 (3,6 %), женщин 20 (18,3 %); в возрасте 61-70 лет – 8 (7,4 %), мужчин 3 (2,8 %), женщин 5 (4,6 %). Всего мужчин 20 (18,3 %), женщин 89 (81,7 %). Синдром позвоночной артерии при остеохондрозе шейного отдела позвоночника в стадии обострения в амбулаторной практике встречается достаточно часто. Страдают этим недугом чаще люди в возрасте 41-50 лет, как женщины, так и мужчины, – 33,9 %. Женщины более подвержены этому патологическому процессу – 81,7 %, они преобладают во всех возрастных группах. На втором месте – возрастная группа 51-60 лет, на третьем – 31-40 лет.

ВЫВОДЫ

Обострение остеохондроза позвоночника с рефлекторным синдромом (синдром позвоночной артерии) чаще встречается у лиц трудоспособного возраста, преимущественно у женщин. Учитывая возможную угрозу здоровью при несвоевременной диагностике, лечении и, как следствие, потери трудоспособности, это диктует необходимость совершенствования оказания медицинской помощи больным с обострением ОП с СПА в амбулаторной практике.

ИГНАТОВА Т.В., ЭСКИН В.Я., УДУТ В.В.
ГУ НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН,
МЛПУ Городская больница № 3,
г. Томск

ВЕРОЯТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕФЛЕКТОРНЫМ СИНДРОМОМ (СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ)

Остеохондроз позвоночника – часто встречающаяся патология, поражающая лиц трудоспособного возраста, нередко является причиной неврологических расстройств, приводящих к временной, реже стойкой потере трудоспособности. Терапия данного заболевания далека от разрешения, что связано с многообразием патофизиологических реакций, лежащих в основе вертеброгенной патологии.

Цель исследования – вскрытие механизмов иглорефлексотерапии (ИРТ) в программе комбинированного лечения обострения остеохондроза позвоночника с рефлекторным синдромом (синдром позвоночной артерии) (ОП с СПА).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 50 пациентов с обострением ОП с СПА, разделенных на две равные группы. Всем пациентам выполнено общеклиническое обследование. Для оценки динамики параметров гормонального гомеостата, обследование проводилось на 1-е, 10-е и 14-е сутки от начала лечения, а так же до и после процедуры ИРТ. Все пациенты получали консервативную терапию (диклофенак, мидокалм, бетасерк). В основной группе проводилась ИРТ методом сочетания дистальных, проксимальных и аурикулярных точек, во второй – методом сочетания точек общеукрепляющего воздействия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В работе исследовались уровни инсулина, кортизола и АКТГ, а также кортизол/инсулиновый индекс, дающие дополнительную информацию о степени стрессированности. В ответ на процедуру иглоукалывания отмечалось умеренное возрастание концентрации кортизола и кортизол/инсулинового индекса, вплоть до 10-х суток лечения (к окончанию выполнения процедур ИРТ). К 14-м суткам от начала терапии снижение индекса стрессированности достигало статистически значимых величин. Данный феномен имел место на фоне более низких концентраций инсулина, чем в контроле. За счет повторяющихся и минимальных по интенсивности воздействий, сопровождающих лечебную процедуру, формируется эффект тренировки, позволяющий к окончанию терапии достичь оптимального состояния компенсации. Через 10 суток в I-й группе отмечено снижение концентрации инсулина, а к 14-м его возрастание, в сравнении с исходными данными. Уровень кортизола в обеих группах исходно приближался к верхней границе нормы, с естественным повышением к 10 суткам и последующим снижением к 14-м. В I-й группе к 14-м суткам отмечалось значимое снижение концентрации кортизола. Если во II-й группе на этапах наблюдения имеет место постепенное снижение АКТГ, достигающее статистической значимости к окончанию терапии, то в I-й группе его изменение волнообразно и находится в контрфазе изменению концентрации инсулина.

ВЫВОДЫ

Таким образом, для первой группы состояние гормонального гомеостаза соответствует реакции на дозированные стрессирующие воздействия, однако к окончанию терапии именно в этой группе позитивные изменения гормонального статуса наиболее выражены. Во второй группе динамика не столь значима и характеризуется сохраняющейся диссоциацией гормональной регуляции. На основании вышеизложенного можно заключить, что

дозированная кортизоловая стимуляция, за счет парциального стресс-реализующего действия ИРТ, является механизмом запуска формирования позитивных клинических результатов, обеспечивая условия тренировки адекватных адаптивных реакций.

КАЗАКОВА А.С., НИКИТИНА А.Н., АЛИФИРОВА В.М., ПУГАЧЕНКО Н.В.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

В настоящее время смертность от инсульта занимает третье место в Российской Федерации, после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, лишь 12 % больных, перенесших инсульт, возвращаются к труду, у остальных имеет место различная степень инвалидизации (Веленский Б.С., Тупицин Ю.А., 2003). Восстановление утраченных функций после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения – одна из самых трудных задач нейрореабилитации.

Цель исследования – выявить динамику изменения двигательной активности у постинсультных больных в ранний и поздний восстановительные периоды на фоне занятий лечебной физкультурой.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 9 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в различных бассейнах, которым предлагался комплекс упражнений лечебной физкультуры, проводимый на фоне медикаментозной терапии. Больные были разделены на 2 группы: в раннем и позднем периодах реабилитации. Занятия проводились ежедневно в течение 30-60 минут на протяжении трех недель. Комплекс упражнений лечебной физкультуры был индивидуально подобран инструктором для каждого больного. Оценку результатов проводили в начале и в конце курса лечения по шкалам: спастичности Ашфорта, оценки мышечной силы по шестибалльной шкале по Вейссу, индексу Монтрисайти.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех больных отмечаются изменения мышечной силы в различной степени. Причем, у 5 больных в раннем, у 2 больных в позднем восстановительных периодах сила мышц наросла на 1-2 балла. Изменения моторики и уменьшение спастичности наблюдались у 1 пациента в остром периоде. Изменение величины индекса Монтрисайти наблюдается у 1 человека в группе раннего и у 2 человек в группе позднего восстановительного периода. Осложнений или ухудшения самочувствия при проведении комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий не наблюдалось.

Следует отметить, что положительная динамика выявлена у всех наблюдаемых нами больных и усиливается пропорционально увеличению продолжительности курса лечебной физкультуры. При комплексном подходе в лечении больного (ЛФК, аутотренинг, логопедические занятия при дизартрии) наблюдается тенденция к улучшению результатов.

КАСЬЯНОВА Н.Н., СУМИН А.Н., МАСИН А.Н., УЩЕКО М.В.
Отделенческая больница на станции Кемерово,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Цель исследования – изучить влияние различных режимов электростимуляции икроножной мышцы на допплеровские показатели кровотока в подколенной артерии у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Обследованы 20 больных ХСН, в том числе 12 больных II ФК по NYHA (возраст 48,4 ± 2,3 лет) и 8 больных III ФК (возраст 52,5 ± 2,2 года) и 11 здоровых лиц (возраст 48,3 ± 2,6 лет). Диаметр и параметры кровотока в подколенной артерии (максимальная, минимальная и средняя скорость кровотока, пульсативный индекс) изучали на аппарате «Acuson-128XP10» при различных режимах стимуляции мышц голени с помощью аппарата Миоритм-021 (длительность стимулов и паузы между ними составляли 4 секунды, 8 секунд и 16 секунд). Состояние эндотелий-зависимой вазодилатации оценивали с помощью стандартных тестов на плечевой артерии.

В ходе стимуляции мышц во всех группах отмечалась дилатация подколенной артерии, нарастающая при увеличении продолжительности стимула, выраженность ее была наибольшей в контроле (максимальный прирост на 19,2 % при 16-секундной стимуляции; $F = 85,6$; $p < 0,000001$), наименьшей – при выраженной ХСН (максимальный прирост на 9,5 %; $F = 10,8$; $p = 0,000475$). Средняя скорость кровотока существенно нарастала при увеличении длительности стимула в контроле и умеренной ХСН (прирост на 65,4 % и 50 %, соответственно; $p = 0,0046$ и $p = 0,0051$) и в меньшей степени – у больных выраженной ХСН (максимальный прирост на 25 %; $F = 1,05$; $p = 0,41$). Схожая динамика наблюдалась для максимальной и минимальной скорости кровотока. По данным функциональных проб эндотелиальная дисфункция отмечалась у больных с выраженной ХСН.

Таким образом, вазодилататорная реакция в ответ на электростимуляцию скелетных мышц зависит от состояния эндотелиальной функции и продолжительности стимула. Наши данные помогут в выработке оптимальных режимов пассивных физических тренировок для коррекции эндотелиальной дисфункции у больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью.

КАШИРИНА Е.Ж., БРЫЗГАЛИНА С.М., ШАХВОРОСТ Н.П., ВИННИКОВА Г.А., ШУПЕНКО И.В., ПАНТЕЛЕЕВА В.И.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, МЛПУ Городская клиническая больница № 1, г. Новокузнецк

ДИНАМИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Диабетическая нефропатия (ДН) – это наиболее грозное сосудистое осложнение сахарного диабета, влекущее за собой раннюю инвалидизацию больных и гибель от терминальной почечной недостаточности. ХПН развивается у 30-50 % больных сахарным диабетом 1 типа и 5-10 % больных диабетом 2 типа. Известно, что значительная часть больных с ДН не доживает до стадии уремии и погибает от инфаркта миокарда, инсульта, жизненно опасных аритмий. Смертность от сердечно-сосудистых причин у больных с ДН на фоне сахарного диабета 2 типа превышает средне популяционную в 9 раз. Даже минимальное повышение экскреции альбумина с мочой у больных сахарным диабетом является фактором риска развития ИБС и предиктором смерти от сердечно-сосудистых осложнений.

Тесная взаимосвязь поражения почек и сердечно-сосудистой системы при сахарном диабете позволяет рассматривать их формирование с единых патогенетических позиций как нефрокардиальный синдром. В формировании нефрокардиального синдрома участвует большое количество метаболических и гемодинамических факторов. Артериальная гипертония, как один из гемодинамических факторов, у больных с нефропатией ускоряет темпы снижения функции почек, а так же повышает риск смертности от сердечно-сосудистых катастроф.

Нами проведен анализ историй болезни 28 пациентов сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении городской клинической больницы № 1 в 2003-2004 гг.

Цель исследования – оценить динамику ДН у больных с артериальной гипертонией через год после стационарного лечения.

В группу обследованных вошли 28 пациентов, среди них 21 женщина (75 %) и 8 мужчин (25 %) в возрасте от 22 до 70 лет со стажем диабета от 2 месяцев до 40 лет, с длительностью артериальной гипертонии от 1 года до 32 лет. Сахарный диабет 1 типа встретился у 13 пациентов (46,4 %), диабет 2 типа – у 15 (53,6 %). ДН на стадии микроальбуминурии исходно была у 5 пациентов (17,8 %), ДН на стадии протеинурии с сохранной азотовыделительной функцией почек – у 23 (82,1 %). Всем больным подобрана гипотензивная терапия, базовыми препаратами были ингибиторы АПФ.

По результатам исследования больные были разделены на 2 группы, в первую вошли пациен-

ты с прогрессированием ДН – 16 пациентов (51,7 %), во вторую со стабилизацией ДН – 12 пациентов (48,3 %). При анализе больных первой группы выявлено, что у 13 (81,2 %) из них к моменту повторной госпитализации не было компенсации углеводного обмена, у 10 (62,5 %) не было стабилизированным артериальное давление, 11 пациентов (68,7 %) не принимали ингибиторы АПФ либо лечились не регулярно. Гиперлипидемия встретилась у 2 пациентов (12,5 %). Резкое ухудшение функции почек с развитием ХПН выявлено у двух больных. Исследование пациентов второй группы показало, что компенсация углеводного обмена была достигнута у 8 больных (66,6 %), у 5 (41,6 %) стабилизировано артериальное давление, 8 больных (66,6 %) регулярно принимали ингибиторы АПФ. Лучшие показатели встретились у пациентов с одновременной стабилизацией метаболических и гемодинамических факторов.

Таким образом, прогрессирование ДН выявлено у пациентов с не компенсированным углеводным обменом и не стабилизированным артериальным давлением. Отмечена положительная динамика при регулярном приеме ингибиторов АПФ у пациентов с ДН на стадии протеинурии.

КОБЕЛЕВА Г.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАЙБОРОДОВА Т.И., ШАЦКАЯ Г.И.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Кемерово

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СТАЦИОНАРАХ

Несмотря на высокую заболеваемость туберкулезом в современных условиях при недостаточном коечном фонде областного противотуберкулезного диспансера, определенная часть больных все же умирает в стационарах от нетуберкулезных заболеваний. Цель исследования – изучение частоты и причин данного явления. Удельный вес умерших от нетуберкулезных заболеваний в стационарах Кемеровского областного противотуберкулезного диспансера составляет 6-10 % всех летальных исходов.

Проанализированы 73 случая смерти от нетуберкулезных заболеваний, подтвержденных результатами вскрытия. Возраст больных колебался в пределах 21-71 лет. Преобладали мужчины – 84,9 % (62 чел.). Социально дезадаптированных оказалось более половины 54,8 % (40 чел.). Длительность пребывания в стационаре составила от 5 часов до 107 дней, в среднем, 16,4 дней. Наиболее частыми заболеваниями, приведшими к летальному исходу, явились пневмония – 42,5 % (30 чел.), сердечно-сосудистые заболевания – 27,4 % (20 чел.) и онкопатология – 13,7 % (10 чел.). Существенно реже к смерти привели другие причины: травмы (4), отравления (3), сепсис (2), цирроз печени (1). В 3-х случаях имело место сочетание двух конкурирующих заболеваний.

Среди всех умерших велик удельный вес лиц со сроками пребывания не более 3 суток – 39,7 % (29 чел.). Все они были доставлены службой скорой помощи в тяжелом состоянии с неясным диагнозом. Преимущественно это были социально дезадаптированные лица (24 чел.), что не позволяло работникам скорой помощи и фтизиатрам стационара исключить диагноз туберкулеза. Остальные 44 человека госпитализированы со следующими целями: лечение туберкулеза – 27,4 % (20 чел.), дифференциальная диагностика туберкулеза – 13,7 % (10 чел.), лечение нетуберкулезных заболеваний у больных туберкулезом – 19,2 % (14 чел.). Среди 20 госпитализированных для лечения туберкулеза нуждались в таковом 15 человек, так как у остальных 5 человек диагноз активного туберкулеза при обследовании не подтвердился.

Среди всех умерших диагноз активного туберкулеза установлен на вскрытии в качестве сопутствующего заболевания у 28,8 % (21 чел.), остаточные посттуберкулезные изменения выявлены у 10,9 % (8 чел.). У большинства же изученных – 60,3 % (44 чел.) туберкулезных изменений не найдено. Среди изученных больных, умерших не от туберкулеза, расхождения в клиническом и патологоанатомическом диагнозе имело место в 30,1 % (22 случая), в том числе у 9 человек со сроками пребывания до 3 суток. Гипердиагностика туберкулеза в качестве основного заболевания имела место в 12,3 % (9 случаев), в том числе в 7 случаях туберкулез оказался сопутствующим заболеванием, в 2-х случаях диагноз активного туберкулеза исключен.

Итак, среди всех больных с летальными исходами в стационарах противотуберкулезного учреждения умершие от нетуберкулезных заболеваний составили 6-10 %. 40 % данных больных были госпитализированы в тубучреждение обоснованно, в связи с наличием у них туберкулезных изменений. Причинами необоснованной гос-

питализации 60 % больных в большинстве случаев явились тяжесть состояния, социальная дезадаптация, не позволявшая исключить туберкулез, в ряде случаев неполное обследование, а также недостаточная компетентность фтизиатров в диагностике нетуберкулезных заболеваний.

КОННОВА Т.В., ЖУРАВЛЕВА Л.А.
Медико-экологический центр «Дюны»,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

На базе Медико-экологического центра «Дюны», в клинических больницах страны проводится активная научная работа по применению новых интересных медицинских направлений в лечении органов и систем. Научный интерес сосредоточен на физиологичных методах воздействия на организм человека – фототерапии. Для светолечения применялся аппарат «Дюна-Т», разрешенный к применению МЗ РФ, на основе действия красного и инфракрасного спектра света. В результате воздействия света в тканях происходят биохимические процессы, восстанавливающие клеточные структуры. Аппарат оказывает полисистемное действие, улучшает микроциркуляцию крови в мелких сосудах и тканях, усиливает регенерацию, нормализует водный баланс клеток, обладает противовоспалительным, обезболивающим и противоотечным действием, повышает местный и общий иммунитет.

Цель исследования – оценка эффективности лечением светом у пациентов с острыми респираторными инфекциями, больных тонзиллитами (острые, хронические), заболеваниями и травмами суставов.

Было пролечено 249 пациентов. Основная группа, параллельно со стандартной терапией, получала физиотерапевтическое лечение (светотерапию) – 163 человека. Пациенты контрольной группы получали стандартную терапию без применения света – 86 человек.

Среди больных с риносинуситами симптомы интоксикации, температура сохранялись 2,3 дня в основной группе (18 пациентов), против 6,4 в контрольной (12 пациентов). Болевой синдром, отек, воспаление длились 2,5 и 2,7 дней против 7,3 и 10,2, соответственно. Больные контрольной группы пребывали в стационаре 11,6 дней против 6 в основной. У больных основной группы с тонзиллитом (76 пациентов) применение аппарата «Дюна-Т» способствовало сокращению сроков интоксикации, болевого синдрома и продолжительности наложений на миндалинах, длительности пребывания в стационаре, по сравнению с контрольной группой (54 пациента): 5,3 ± 0,4, 5,1 ± 0,3, 7,4 ± 0,5 дней против 8,3 ± 1,0, 7,4 ± 0,8, 8,1 ± 1 дней. У больных, пролеченных светом, в 15 % был рецидив при хронической форме заболевания, у больных, пролеченных только антибиотиками без фототерапии – рецидив ангины был в 30 % случаев.

Применение фототерапии у больных основной группы с суставной патологией (69 пациентов) способствовало уменьшению болевого синдрома, увеличению объема движений, сокращению длительности пребывания в стационаре, по сравнению с контрольной группой (20 пациентов): 7,4 ± 0,4; 9,6 ± 0,3; 12,4 ± 0,5 дней против 10,3 ± 1,0; 12,4 ± 0,7; 16,1 ± 0,8 дней.

При острых респираторных инфекциях положительный эффект после фототерапии наступил в 99 %, при тонзиллитах – в 98 %, при артритах крупных, средних, мелких суставов – в 87 %; уменьшилось применение лекарственных препаратов на 30 %, 20 % и 20 %, соответственно; сокращение сроков лечения наступило, в среднем, на 4, 3, 3,5 дня, соответственно.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о клинической эффективности лечения физиотерапевтическим методом. Установлена хорошая переносимость и безопасность метода фототерапии. Применение светодиодного аппарата «Дюна-Т» в комплексной терапии позволило сократить продолжительность клинических симптомов и уменьшить сроки пребывания в стационаре, что позволяет рекомендовать широкое применение аппарата врачами разных специальностей в комплексном лечении заболеваний.

КОСТРОВА Т.О., ШЕВЧЕНКО Н.Э., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр, г. Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ ФРАКЦИЙ ТИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПИОДЕРМИИ

Среди заболеваний кожи инфекционно-воспалительной природы наиболее частыми являются различные бактериальные (пиодермии, фурункулезы, рожа и др.), вирусные (папилломатоз, герпес) и грибковые инфекции.

С целью коррекции иммунодефицитного состояния при хронической пиодермии, нами проводилась иммунотерапия тимогеном. Использовалась двухэтапная схема лечения, учитывающая результаты исследования состава микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. При наличии нормального или повышенного количества Т-лимфоцитов (CD3) и их субпопуляций (CD4, CD8) и отсутствии признаков угнетения гуморального иммунитета, неспецифической защиты и высокой чувствительности микрофлоры, проводилось лечение антибактериальными препаратами в сочетании с тимогеном. Препарат вводился подкожно по 100 мкг в сутки в течение 5-7 дней; курсовая доза составляла 500 мкг.

Если при первичном обследовании у больного выявлялись признаки иммунодефицитного состояния в сочетании с выраженной полирезистентностью к антибиотикам, то терапию проводили в два этапа. На первом (подготовительном) проводили иммунокоррекцию тимогеном, который вводили внутримышечно по 100 мкг в 1-е, 3-и, 6-е, 13-е и 20-е сутки лечения. По окончании 1-го этапа производилось повторное тестирование иммунной системы, и определялась чувствительность стафилококков к антибиотикам. В результате этой терапии выявлено увеличение количества Т-лимфоцитов и нормализация инверсии соотношения CD4 и CD8 субпопуляций. На 2-м этапе проводили этиотропную и иммуностимулирующую терапию. Больному назначали антибиотик в течение 10 дней, учитывая антибиотикорезистентность микроорганизмов, в сочетании с комплексной стимуляцией неспецифической резистентности и гуморального иммунитета. В качестве стимуляторов фагоцитоза использовали метилурацил и нуклеинат натрия. Метилурацил и нуклеинат натрия применяли внутрь в таблетках по 1 г в течение всего периода антибиотикотерапии.

Всего пролечено 25 человек. Результаты определения антибиотикочувствительности стафилококков, выделенных из очагов поражения, показали их высокую устойчивость к большинству известных препаратов (за исключением цефалоспоринов). Под влиянием фракций тимуса, у 19 больных наблюдалось повышение чувствительности стафилококков к антибиотикам из 19 тестированных. У всех больных наблюдалось ускорение рубцевания и эпителизации, появление новых первичных элементов.

Таким образом, успешная терапия хронических гнойничковых заболеваний кожи может быть достигнута лишь при рациональной комбинации пептидных тимомиметиков, антибиотиков и наружных средств в период всего лечения. Полученные результаты позволяют вполне обоснованно рекомендовать внедрение в клиническую практику разработанных схем иммунотерапии хронической пиодермии, включающих в себя фракции тимуса в качестве обязательного этапа.

КОСТИН В.В., СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И., ЗАЛЕСОВА О.Б., КОНОВАЛОВА А.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

РОЛЬ СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОВНЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Цель исследования – изучение влияния клинических, гемодинамических и вегетативных факторов на показатели качества жизни (КЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого и старческого возраста.

Обследованы 50 больных ХСН 2-3 ФК (27 мужчин и 23 женщины) в возрасте 66-81 лет (72 ± 0,6), проходивших лечение в госпитале ветеранов. Всем пациентам проведено обследование: оценка качества жизни и уровня депрессии с помощью опросников NHP и Бека, тест с 6-минутной ходь-

бой, ВЭМ, ЭХОКГ с оценкой структурных изменений, систолической и диастолической функции. Суточное мониторирование ЭКГ проводилось на аппарате КАРДЕОТЕХНИКА 4000, оценивались нарушения ритма, ишемические смещения сегмента ST, вариабельность ритма сердца в целом за сутки, а также на коротких участках записи (в покое, при активной ортостатической пробе и при дыхании с частотой 6 в минуту).

Согласно показателям опросника NHP, выделены 2 группы пациентов. Группа 1 (n = 30) с более высоким (< 85 баллов) и группа 2 (n = 20) с более низким (> 85 баллов) уровнем КЖ. Эти группы не различались по возрасту (75,1 ± 0,7 и 75,4 ± 0,9 лет), получаемой терапии, показателям внутрисердечной гемодинамики. В группе 1 была выше, чем во 2-й, длительность пробы при ВЭМ (11,4 ± 0,5 и 18,1 ± 1,2; p = 0,000001). При суточном мониторировании ЭКГ во 2-й группе несколько чаще встречались желудочковые экстрасистолы (675,7 ± 496,0 и 136,8 ± 60,7), но это различие не было статически значимым.

При спектральном исследовании ВРС общая частота спектра за сутки была выше в 1-й группе (5779 ± 1227 и 2611 ± 468 мс ; p = 0,047). По данным показателей ВРС на коротких участках отмечалась повышенная степень симпатической активации во 2-й группе, чем в первой, что проявилось меньшими значениями отношения LF/HF в покое (3,7 ± 0,5 и 2,6 ± 0,3; p = 0,057) и показателя LF при АОП (509 ± 174 и 184 ± 57 мс ; p = 0,039).

Таким образом, у пациентов ХСН пожилого и старческого возраста выявлена взаимосвязь показателей качества жизни и уровня депрессии не только с уровнем переносимости физической нагрузки, но и с вегетативным статусом. Соответственно, можно предположить, что мероприятия по улучшению качества жизни, переносимости нагрузки и снижению уровня депрессии могут благоприятно влиять на вегетативный статус. Это может иметь и благоприятное прогностическое значение, поскольку уровень симпатической активации связан с прогнозом у больных ХСН. Данный вопрос требует дополнительного изучения в последующих исследованиях.

КРАВЕЦ Е.Б., АДАМЯН А.Т., КОЩЕВЕЦ Т.Ю.
Сибирский государственный медицинский университет,
ЛПМУ Городская больница № 3,
г. Томск

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Цель исследования – оценить эффективность лечения пациентов, имеющих нарушения углеводного обмена, в дневном стационаре (ДС) при поликлинике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования – пациенты с лабораторно подтвержденным нарушением углеводного обмена. Критерии включения: сахарный диабет (СД) 2 типа легкой и средней степени тяжести, нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) и СД 1 типа средней степени тяжести; возраст от 18 до 60 лет; лица обоего пола. Критерии исключения: средняя ожидаемая продолжительность жизни менее 5 лет; СД 1 и 2 типов тяжелой степени тяжести; наличие на момент проведения исследования острого заболевания, травмы или хирургического вмешательства. Лечение пациентов проводилось в дневном стационаре эндокринологического профиля, организованном при поликлиническом отделении МКЛПМУ Городская больница № 3 г. Томска, за период с сентября 2004 г. по август 2005 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На 1 сентября 2005 г. в ДС пролечено 218 пациентов, средний возраст которых составил 58,3 ± 10,3 лет. Средний стаж диспансерного наблюдения эндокринологом – 8,0 ± 7,5 лет. Большинство пациентов женщины – 91,6 % в 2004 г. и 86,9 % в 2005 г. Работающие составили 31,2 % пациентов ДС в 2004 г. и 26,2 % в 2005 г., а инвалиды 2 и 3 групп – 25 % и 27 %, соответственно. Госпитализированы в эндокринологический стационар впервые 66 % пациентов в 2004 г. и 67 % в 2005 г. Впервые в течение текущего года по поводу СД в 2004 г. были госпитализированы 90 %, а в 2005 г. – 95 %. Средние сроки лечения для пациентов с СД 1 типа – 10,3 ± 1,3 койко-дней, с СД 2 типа – 10,7 ± 1,2 койко-дней, с НТГ – 5 койко-дней. Финансирование осуществлялось средствами ОМС. Стоимость одного законченного случая лечения 1128,16 рублей, что в 3,5 раза дешевле 1 законченного случая лечения в терапевтическом отделении нехирургического профиля и в 4,2 раза дешевле 1 за-

конченного случая лечения в специализированном.

Лечение пациентов проводилось согласно «Национальным стандартам оказания помощи больным сахарным диабетом» (2002) и разработанным МЭС. Комбинированную сахароснижающую терапию в 2004 г. получили 78 % пациентов, в 2005 г. – 90 %. Коррекцию инсулинотерапии в 2004 г. получили 27 пациентов, в 2005 г. – 33, что составило 100 % нуждающихся.

В 2005 г. 7 пациентов с декомпенсированным СД 2 типа были впервые переведены на комбинированную инсулинотерапию. Во время госпитализации проводилась коррекция гипотензивной терапии, назначалось лечение статинами. Для лечения диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии использовались ингибиторы АПФ. Терапию диабетической нейропатии парентерально в 2004 г. получили 94,8 % пациентов, в 2005 г. – 100 %. Выписаны с улучшением 96,8 % в 2004 г. и 97,5 % в 2005 г.

Организация стационарного лечения пациентов с декомпенсированным СД в ДС позволила уменьшить нагрузку эндокринолога на амбулаторном приеме за счет уменьшения количества пациентов, находящихся на больничном листе, с 39 случаев в 2003 г. до 9 случаев в 2005 г.

С организацией ДС существенно снизилась нагрузка на круглосуточные эндокринологические стационары областной клинической больницы и клиник Сибирского государственного медицинского университета, а также на дневной стационар областного эндокринологического диспансера, с 59 случаев в 2003 г. до 20 случаев в 2005 г.

ВЫВОД

Дневной стационар эндокринологического профиля при поликлинике помогает достижению терапевтических целей лечения СД, а также профилактике СД у лиц с НТГ и может стать основой для создания эффективной модели амбулаторной помощи пациентамс нарушениями углеводного обмена.

КРАМАРСКИЙ В.А., ПОТАПОВ А.Е.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, г. Иркутск

АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ

Хламидиоз и другие урогенитальные инфекции являются самыми частыми из заболеваний, передающихся половым путем (А.М. Савичева, М.А. Башмаков, 1998). Применение различных антибактериальных препаратов является базисной основой лечения урогенитальных инфекций. В то же время, антибиотикотерапия угнетает иммунную систему и способствует развитию дисбактериоза и кандидоза.

Поражающим ткани агентом являются продукты жизнедеятельности хламидий, которые накапливаются в тканях, межклеточном пространстве, лимфатической системе, подавляют фагоцитарную активность лейкоцитов, синтез интерферонов и клеточный иммунитет, что способствует снижению эффективности даже массивной антибактериальной терапии. Следовательно, для успешного лечения этой инфекции необходимо усилить дренаж и элиминацию токсинов, активизировать специфический и неспецифический иммунитет, восстановить метаболизм пораженных тканей. Решение всех выше указанных задач возможно посредством применения антигомотоксической терапии, у которой практически отсутствуют осложнения, характерные для антибиотикотерапии.

По разработанной нами схеме антигомотоксической терапии были пролечены 38 женщин, у которых посредством полимеразной цепной реакции определялась хламидийная инфекция. Средний возраст пролеченных женщин составил 22,5 ± 0,7 года. У 6 женщин было первичное бесплодие, у 18 – хронический сальпингоофорит, у 10 – клинические и параклинические проявления нарушения функции яичников. У двух женщин в анамнезе отмечена антенатальная гибель плодов в 32 и 35 недель беременности.

Все больные получали антигомотоксические препараты: Эхинацея композитум № 5-10 по 1 ампуле в/м 1 раз в неделю с последующим переходом на энгистол по 1 таблетке 2 раза в день (для стимуляции иммунитета), Траумель С по 1 ампуле в/м № 5-10 с переходом на Солидаго композитум по 1 амп. в неделю № 3-5 в/м (противовоспалительный эффект), Овариум композитум по 1 амп. 1 раз в 3 дня № 5 с переходом на Гинекохель по 5-10 капель 2 раза в день в течение 1 месяца (нормализация функции яичников), Гепар композитум в чередовании с Мукоза композитум по 1 ампуле 1 раз в 3 дня в/м № 5 каждого препарата с переходом на лимфомиозот по 5 капель 2 раза в день

(усиление дренажной функции лимфатической системы). В случаях предшествующего неоднократного лечения антибиотиками в схему включались препараты, восстанавливающие внутриклеточные биохимические ферментные системы: Убихинон композитум № 3-5 и Коэнзим композитум № 3-5 по 1 ампуле 1 раз в неделю в/м, чередуя их.

После курса иммуномодулирующей терапии, с 6-й недели лечения подключали нозод (препарат, усиливающий выделение специфических антител) соответствующего возбудителя (хламидия, уреаплазма, трихомонада) в разведении Д5-Д10 по 1 ампуле в/м 1 раз в неделю или по 5 гранул 2 раза в день в течение месяца. При явлениях кольпита местно применялись тампоны с мазью Траумель С ежедневно, с последующим спринцеванием кисломолочным лечебным продуктом «Курунга».

Через месяц после проведенного лечения проводилось двукратное исследование на наличие инфекции посредством ПЦР, которая в 83 % наблюдений показала отрицательный результат. При этом у женщин с нарушением менструального цикла произошла его нормализация. Три женщины с первичным бесплодием в течение года после лечения забеременели и родоразрешились живыми доношенными детьми. Все пациентки отметили улучшение общего самочувствия, нормализацию сна и функции кишечника.

Таким образом, проведенная антигомотоксическая терапия хронических урогенитальных инфекций показала свою достаточно высокую эффективность и, по нашему мнению, может служить альтернативой существующей антибактериальной терапии.

КУЗНЕЦОВА О.В., ШАНГИНА О.А., ШУМАКОВА Н.В.,
СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Цель исследования – изучить этиологическую структуру возбудителей при обострении ХОБЛ у пожилых больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 58 человек в возрасте 60-89 лет (средний возраст 78,6 лет). Давность ХОБЛ составила от 12 до 33 лет, в среднем 24 года, $ОФВ_1$ составил 18-56 % от должного (в среднем, 38 %). Частота госпитализаций пациентов пожилого возраста от 2 до 5 в год (в среднем, 3,6). Исследовался микробиологический состав мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам диско-диффузионным методом с помощью стандартных бумажных дисков.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Этиологически значимая микрофлора выявлена у 32 % больных, из них Staph. aureus – 12 %, Str. pyogenes – 7,2 %, Str. epidermalis с гемолитическими свойствами – 7,2 %, E. Coli – 5,6 %, ассоциации с грибами рода Candida – 15 % случаев. В 68 % случаев получен рост орофарингеальной микрофлоры (Neisseria mucosa, Str. mitis, Str. hominis). Полученные данные, вероятно, обусловлены снижением кашлевого рефлекса, неадекватным сбором мокроты у пожилых пациентов.

ВЫВОДЫ:

1. Ведущим возбудителем обострений ХОБЛ среди пожилых пациентов госпиталя г. Кемерово является Staph. aureus, что обусловлено, вероятно, частыми госпитализациями данной категории больных.
2. Среди лиц пожилого возраста с ХОБЛ высока частота микробной ассоциации и грибковой микрофлоры.

МАЛЮТА Е.Б., РОМАСЮК А.В., БЕРНС С.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ингибиторы АПФ (ИАПФ) являются препаратами «первой линии» в лечении пациентов с сердечной недостаточностью (СН), как латентной, так и клинически выраженной. С учетом таких свойств ИАПФ, как замедление процессов ремоделирования сердца, уменьшение гемодинамической перегрузки, коронаролитического и антиишеимического эффектов, в настоящей работе проведено изучение влияния периндоприла в суточной дозе 4 мг на следующие клинические параметры пациентов с инфарктом миокарда (ИМ): нарушения ритма, сердечная и коронарная недостаточность.

Обследованы 105 больных ИМ. Всем больным проводились запись ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография в первые, 15-е сутки и через год от развития ИМ. В зависимости от приема ИАПФ, все больные были разделены на подгруппы: А (принимающие ИАПФ) и Б (не получающие терапию ИАПФ в силу побочных эффектов и низкой приверженности к лечению).

Увеличение ФК стенокардии и СН к годовому этапу происходило за счет пациентов, не принимающих ИАПФ. Известно, что прогностическое значение ЖНР возрастает в сочетании с показателями степени сократимости миокарда. В связи с этим, все больные были разделены на три группы. В первую (I) группу вошли пациенты с ФВ < 40 %, СН II-IV ФК; во вторую (II) – с ФВ < 40 %, СН 0-I ФК (латентная СН), в третью (III) – с ФВ > 40 % без симптомов СН.

Начиная с 15-х суток заболевания, у пациентов с СН (как клинически выраженной, так и латентной) частота регистрации злокачественных ЖНР на фоне приема ИАПФ значительно ниже таковой без ИАПФ. Наиболее существенные различия прослеживаются в группе пациентов с клинически выраженной СН. У пациентов без явлений СН с нормальной систолической функцией зависимости частоты выявления злокачественных ЖНР от приема ингибиторов АПФ на всех этапах заболевания не прослеживается. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что антиаритмический и антиишемический эффекты ИАПФ проявляются лишь у больных с дисфункцией миокарда, в большей степени – с клинически выраженной.

МАЛЮТА Е.Б., РОМАСЮК А.В., КОСТИН В.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ АРИТМОГЕНЕЗА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В настоящее время доказано, что сердечная недостаточность (СН) является одним из основных аритмогенных факторов у больных, перенесших инфаркт миокарда, и что прогностическое значение ЖНР возрастает в сочетании с показателями степени сократимости миокарда.

Цель исследования – анализ динамики маркеров аритмогенеза: поздних желудочковых потенциалов (ПЖП), вариабельности ритма сердца (ВРС), дисперсии интервала QT (QTd) и частоты выявления желудочковых нарушений ритма (ЖНР) у больных с инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от степени выраженности СН.

Обследованы 105 больных ИМ, которые были разделены на три группы. Первая (1) группа: пациенты с ФВ < 40 %, СН – II-IV ФК; вторая (2) – с ФВ < 40 %, СН 0-I ФК (латентная СН), третья (3) – с ФВ > 40 %, без симптомов СН. Анализ ПЖП, ВРС (по СМ ЭКГ), QTd и ЭХО-КГ проводились в первые, 15-е сутки и через год от развития ИМ.

Полученные результаты демонстрируют снижение SDNN, увеличение симпато-вагального индекса, увеличение QTd, частоты регистрации ПЖП и злокачественных ЖНР в группах со сниженной ФВ, причем в группе с клинически выраженной СН, начиная с 15-х суток заболевания, различия приобретают статистическую достоверность для всех показателей.

Наименьшая частота регистрации ЖНР, ПЖП, более благоприятный вегетативный статус и меньшие значения QTd во все сроки ИМ выявлены у

пациентов с нормальной сократительной способностью левого желудочка (III группа).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что среди пациентов с ИМ наиболее неблагоприятный проаритмический профиль определяется у пациентов с клинически выраженной СН и низкой ФВ. Этим пациентам свойственны более выраженные симпатические влияния на ритм сердца и снижение парасимпатического контроля за ритмом, более частое выявление негомогенности процессов реполяризации и, соответственно, высокая частота регистрации ЖНР в ранние и отдаленные периоды после развития заболевания. Самая благоприятная проаритмическая характеристика выявляется у пациентов с нормальными значениями ФВ без клиники СН, промежуточное положение занимают пациенты с латентной СН, которые также имеют неблагоприятные проаримтические показатели, по сравнению с пациентами с ФВ выше 40 %.

МАНЕРОВ Ф.К., БОРЩИКОВА Т.И., КАРДАШ С.В., КАЛИЧКИНА И.Ю., ХАМИН И.Г., ШМАКОВА Т.Г., АНДРИЯНОВА О.И.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, МЛПУ Зональный перинатальный центр, МЛПУ Детская клиническая больница № 4, г. Новокузнецк

МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА И КРАСНУХИ У ДЕТЕЙ

За 1996-2004 гг. в детских больницах г. Новокузнецка пролечены 25 детей с вирусными энцефалитами

Дети поступали в отделение реанимации на 2-4 день от начала заболевания, с нарушениями сознания (психомоторное возбуждение с галлюцинозом или угнетением сознания до комы II-III степени), с выраженным общемозговым синдромом (головная боль, рвота, гиперестезии), менингеальными симптомами – 15 больных (60 %), стойкой гипертермией 39-39,5°С – 24 больных (96 %). Судорожный синдром появлялся на высоте лихорадки в виде генерализованных тонико-клонических судорог у 17 детей (68 %) или локальных клонических судорожных припадков у 6 (25 %). У 6 больных (25 %) заболевание манифестировало в виде остро развившегося отека головного мозга с выраженной сердечно-сосудистой недостаточностью. Ни один больной с герпетическим менингоэнцефалитом не имел кожных высыпаний.

С целью диагностики этиологии заболевания проводилось исследование спинномозговой жидкости методом ПЦР и сыворотки крови методом ИФА. Методом ПЦР обнаружена ДНК возбудителя и магнитно-резонансная томография подтвердила энцефалитические изменения в веществе головного мозга. Определяющим фактором в течении и исходе вирусных энцефалитов явилось начало противовирусной терапии. Назначение ацикловира у 14 детей с герпетическим энцефалитом в суточной дозе 20-40 мг/кг в течение 7-14 дней привело к нормализации температуры на 4-6 сутки, купированию отека головного мозга, восстановлению сознания. У 2-х детей с краснушным энцефалитом назначали интерферон α-2а.

У 22 больных (88 %) проводилась ИВЛ. В лечении отека головного мозга использовался маннит 0,5-1,5 г/кг в сутки, глюкокортикоиды (преднизолон 3-5 мг/кг в сутки или дексон 0,4-0,5 мг/кг в сутки). Объем суточной инфузионной терапии составил 50-60 мл/кг в сутки.

Выздоровели 15 больных (60 %), выход в апалический синдром имели 2 ребенка (8 %), гемипарезы отмечены у 2-х (8 %), симптоматическая эпилепсия – у 2-х детей (8 %). Умерло 4 ребенка (16 %) с менингоэнцефалитами, вызванными вирусами герпеса.

Менингоэнцефалиты краснушной этиологии имели тяжелое течение и благоприятный исход. Только в одном случае в отсроченный период заболевания развилась симптоматическая эпилепсия.

ВЫВОДЫ:

1. Вирусные менингоэнцефалиты герпетической и краснушной этиологии у детей имеют тяжелое течение с бурным нарастанием общемозговой и энцефалитической симптоматики, осложняющееся нарушением витальных функций, нередко ведущих к летальному исходу. У выживших детей длительно сохраняются неврологические нарушения в виде симптоматической эпилепсии, парезов и параличей, задержки психомоторного развития.
2. Пациентам с прогрессирующими нарушениями сознания, стойкой гипертермией, судорожным синдромом показано проведение спинномозговой пункции с исследованием ликвора на вирусы герпеса I и II типа методом ПЦР и

исследование сыворотки крови на иммуноглобулины к вирусу герпеса и краснухи методом ИФА.

3. До лабораторной верификации диагноза показана противовирусная терапия (ацикловир, виферон).

МАРЦИЯШ А.А., ЛАСТОЧКИНА Л.А., АНДРЕЕВА В.И., ЭДИГЕЙ Н.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ

Восстановительное лечение больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в условиях санатория является достаточно актуальным вопросом, что обусловлено высокой заболеваемостью и смертностью пациентов при данной патологии.

Цель исследования – оценка эффективности санаторного этапа восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

В условиях кардиологического санатория обследованы 69 больных, перенесших ИМ и в срок до 30 дней переведенных из отделения острой коронарной патологии на долечивание в санаторий. 42 больных (60,8 %) получали лечение по традиционной схеме: прием нитратов, дезагрегантов, β-блокаторов, ингибиторов АПФ, кроме того, проводилась лечебная физкультура (ЛФК) (1 группа). 27 больных (39,2 %) получали, кроме того, неинвазивную гелий-неоновую лазеротерапию.

Результаты настоящего исследования позволили выявить у больных, находящихся в санатории, низкое качество жизни (КЖ), обусловленное «необходимостью лечиться», «необходимостью избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению» и «необходимостью ограничений физических усилий». Низкое качество жизни отмечено по следующим показателям Ноттингемского профиля здоровья (НПЗ): «сон», «энергичность», «социальная изоляция», «физическая активность» и «болевые ощущения». Отмечена высокая реактивная (РТ) и личностная (ЛТ) тревожность, низкая фракция выброса (ФВ) левого желудочка и невысокая толерантность к физической нагрузке (ТФН). Кроме низких показателей КЖ, пациенты, по данным вариабельности ритма сердца (ВРС), находились в состоянии неудовлетворительной адаптации. Данное состояние свидетельствует о значительной централизации управления ритмом сердца, усилении активности нервных подкорковых центров.

Окончание курса лечения позволило констатировать у больных 1-й группы недостоверное повышение суммарного показателя КЖ, снижение уровня РТ и ЛТ. По данным НПЗ, отмечена положительная достоверная динамика, также достоверно повысились ТФН и ФВ. Данные ВРС свидетельствовали об умеренной симпатикотонии. Однако, по истечении шести месяцев, у больных данной группы отмечено достоверное улучшение КЖ, в том числе и по данным НПЗ, снижение уровня РТ. Улучшение качества жизни произошло за счет уменьшения ограничений, связанных с необходимостью лечиться, физическими усилиями, необходимостью ограничений в проведении досуга. Данному состоянию соответствовало достоверное увеличение ТФН и ФВ.

У больных 2-й группы показатель КЖ, в том числе по данным НПЗ, и уровень РТ имели достоверную положительную динамику. Улучшение качества жизни больных данной группы произошло за счет уменьшения ограничений, связанных с необходимостью лечиться, физическими усилиями, необходимостью избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению, необходимостью ограничений в проведении досуга. Этому состоянию соответствовало достоверное увеличение ТФН и ФВ. Окончание курса лечения, по данным ВРС, сопровождалось вегетативным равновесием. Относительное равновесие между центральным и автономным механизмами управления характеризуется как состояние удовлетворительной адаптации. Через 6 месяцев у больных 2-й группы сохранилась достоверная положительная динамика, что позволяет считать комплекс восстановительного лечения, используемый у данных пациентов, эффективным.

МАРЦИЯШ А.А., ЛАСТОЧКИНА Л.А., ЭДИГЕЙ Н.А.,
АНДРЕЕВА В.И, СПИРИНА В.М., КИРЕНБЕРГ Е.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сохранение или восстановление здоровья людей не только в физическом, но и в психическом и социальном аспектах, является основной задачей врачевания. Этой, и только этой цели должны отвечать все виды врачебной деятельности в выявлении, лечении и профилактике болезней. Вместе с тем, на поликлиническом этапе восстановительного лечения в оценке эффективности лечебно-профилактических мероприятий обычно принимают во внимание преимущественно показатели физического состояния пациента, упуская из вида, что для пациента не меньшее, а может быть и большее, значение имеет ощущение своего жизненного благополучия. В настоящее время широкое распространение получил показатель «Качество жизни» (КЖ), являющийся одним из важных критериев эффективности восстановительного лечения пациентов с различной патологией.

Учитывая вышеизложенное, **целью исследования** явилось изучение психологических факторов и КЖ больных артериальной гипертонией (АГ) на поликлиническом этапе восстановительного лечения.

В исследование включены 42 пациента АГ в возрасте от 59 до 70 лет. Исследование включало в себя определение уровня тревожности и оценку «качества жизни». Возраст пациентов составил 67,4 ± 7,5 лет. Суммарный показатель КЖ составил 15 ± 5,31, показатель реактивной тревожности (РТ) — 28,14 ± 11,16, личностной тревожности (ЛТ) — 46,27 ± 9,458. 36 больных (85,7 %) имели сопутствующую ишемическую болезнь сердца (ИБС). Пациенты с ИБС имели худшие показатели КЖ (-15,22 ± 3,7), нежели пациенты без ИБС (-14,94 ± 5,8), различия статистически незначимы. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии выявлена у 14 больных (33,3 %).

При анализе анкеты, разработанной в лаборатории клинической психологии ВКНЦ АМН СССР, было выявлено, что наиболее частыми причинами снижения КЖ (пациенты выбирали ответ: «очень переживаю» или «мне это неприятно») в обследуемой группе пациентов были «необходимость ограничивать физические усилия» и «необходимость ограничивать трудовую деятельность» — эти причины отмечают 85 % пациентов. «Необходимость ограничений в проведении досуга», «необходимость ограничений в ведении домашнего хозяйства» — эти причины отмечают 77,5 % пациентов. «Необходимость лечиться», «понижение в должности», «необходимость ограничений в половой жизни» — эти причины отмечают 72,5 % пациентов. Анализ отношения пациентов к изменениям, наступившим в результате заболевания, позволил выявить, что больные чаще всего выбирали ответ «мне это неприятно» — 46,5 % случаев, ответ «очень переживаю» — 26,3 % случаев, «отношусь безразлично» — 21,8 % случаев и ответ «рад этому» — 5,2 % случаев. Через год обследованы 20 больных (47,6 %). Выявлено, что суммарный показатель КЖ уменьшился до -10,92 ± 7,75. Показатели реактивной и личностной тревожности также уменьшились.

ВЫВОДЫ:

1. Определение психологических особенностей и показателя «качество жизни» позволяет полнее оценить общее состояние больных, а использование его в динамике дает возможность судить о результатах реабилитационных мероприятий.
2. Объективная информация о состоянии больного и его «качестве жизни» дает реальную возможность поиска путей повышения эффективности восстановительного лечения.

МАСИН А.Н., СУМИН А.Н., ГАЛИМЗЯНОВ Д.М., ГАЙФУЛИН Р.И.
НУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово,
г. Кемерово

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Одну из ведущих ролей в возникновении и прогрессировании сердечной недостаточности играет избыточная активация симпатической нервной системы.

Цель исследования — изучить показатели вариабельности ритма сердца при суточном мониторирования ЭКГ у больных ХСН различной степени выраженности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 40 больных ХСН (средний возраст 59,5 ± 2,2 лет) на фоне ИБС и ДКМП. Контрольную группу составили 20 человек, не имеющие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Изучались временные коэффициенты ВРС: rMSSD (мс), pNN50 (%),SDNN (мс), SDANN (мс), SDNN index (мс) при суточном мониторировании ЭКГ, проводились ЭХОКГ, ВЭМ, статико-динамические тесты, тест с 6-минутной ходьбой, кистевая динамометрия, определялась сила дыхательных мышц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных с начальными стадиями ХСН, по сравнению с контролем, отмечалась большая масса миокарда левого желудочка, начальная диастолическая дисфункция левого желудочка и небольшое снижение ФВ левого желудочка, снижение силы и выносливости скелетных мышц. У больных с тяжелой ХСН отмечались выраженная дилатация полостей сердца, как в систолу, так и в диастолу, существенное, снижение ФВ левого желудочка и признаки диастолической дисфункции по псевдонормальному и рестриктивному типам, существенное снижение функционального состояния скелетных мышц и аэробной производительности.

При начальных стадиях ХСН имелось незначительное снижение временных показателей ВРС, а при выраженной ХСН происходило достоверное снижение SDNN, SDANN и SDNNi.

Для показателей SDNN и SDANN отмечались статистически значимые корреляционные связи с насосной функцией левого желудочка и показателями физической работоспособности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При ХСН, по данным показателей вариабельности ритма сердца, нарастает симпатическая активация с прогрессивным ухудшением силы и выносливости скелетной и дыхательной мускулатуры, а также общей физической работоспособности (SDNN = 128,5 ± 9,3 мс в контрольной группе, 120,0 ± 7,9 мс при ХСН I-II ФК и 92,9 ± 7,4 мс при ХСН III-IV ФК, p = 0,019; ТФН, соответственно, 158,8 ± 5,2 вт, 88,8 ± 5,6 вт, 44,0 ± 4,4 вт, p = 0,000001).

МИХАЙЛОВА И.А., ЗИНЧУК С.Ф., ЗВЯГИНА О.В., ФРОЛОВА С.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РАБОЧИХ АММИАЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Нетоксический зоб (НЗ), обусловленный йодной недостаточностью, занимает первое место среди неинфекционных заболеваний. К числу причин, приводящих к росту заболеваемости, кроме дефицита йода, относят деградацию экосистемы, производственные факторы, изменения структуры питания населения. Выяснение роли факторов окружающей среды на формирование НЗ, в том числе и профессиональных, представляет особый интерес. Во многих производствах химической промышленности, в холодильном деле, сельском хозяйстве, фармацевтической промышленности используют аммиак и его производные. Влияние аммиака на йодный обмен известно, но вопрос о его влиянии на развитие НЗ у рабочих, контактирующих с ним в производственном цикле, остается малоизученным.

Цель работы – изучение заболеваемости НЗ у рабочих и служащих аммиачных производств ПО КОАО « АЗОТ» г. Кемерово.

Обследованы 254 рабочих и служащих аммиачного производства (муж. – 201, жен. – 53), средний возраст которых составил 39,6 лет, средний стаж работы на производстве – 13,8 лет. Среди обследованных аборигенов было 74,8 %, ближних мигрантов – 11 %, дальних – 14,2 %.

При клиническом исследовании выявлено увеличение щитовидной железы (ЩЖ) у 48 % обследованных, среди женщин в 83 %, среди мужчин – в 38,8 % (p < 0,001). Среди обследованных преобладали начальные степени увеличения ЩЖ: увеличение IA-IБ ст. выявлено у 54,9 %, II ст. – у 41 %, III ст. – у 4,1 %. Узловые формы зоба (УФЗ) выявлены у 11,5 % обследованных: у женщин в 20,1 %, у мужчин в 6,4 % случаев. Коэффициент напряженности М.Г. Коломийцевой составил 29,3, индекс Ленца-Бауэра – 1/1,3.

В зависимости от стажа работы на предприятии, НЗ чаще выявлялся у работающих в первые пять лет работы – 45,9 %, по сравнению с имеющими стаж от 6 до 10 лет – 18,9 % (p < 0,001), от 11 до 20 лет (28,7 %; p < 0,001). Наибольшее число случаев УФЗ также выявлено у лиц со стажем работы от 1 года до 5 лет и от 11 до 20 лет (42,9 % и 35,7 %, соответственно). Реже УФЗ выявлялись у рабочих со стажем от 6 до 10 лет и

при стаже более 20 лет (14,3 % и 7,1 %, соответственно).

При ультразвуковом исследовании ЩЖ неоднородность эхоструктуры, гипо- и гиперэхогенность выявлены у 74,4 % обследованных, превышение объема ЩЖ только у 21,9 %. Пальпаторно при пальпации узлы обнаружены у 1 (2,1 %), при УЗИ – у 6 обследованных (21,4 %). При изучении йодурии легкая недостаточность выявлена у 55,6 %, средняя степень у 3,5 %, тяжелая у 0,9 %. При этом медиана экскреции йода составила 98 мкг/л.

По результатам обследований были рассчитаны уровни риска тиреоидной патологии с учетом вкладов различных факторов. Так, у работающих на аммиачном производстве наибольший риск развития НЗ выявлен в возрастной группе 20-29 лет, где он превышал среднюю вероятность риска в 3,9 раза, у рабочих со стажем от 1 года до 5 лет (превышение средней вероятности в 1,3 раза) и у рабочих со стажем 6-10 лет, где он превышал средний уровень в 1,2 раза. Риск развития НЗ снижается при увеличении стажа работы на производстве более 11 лет (превышение в 0,7 раза). В этом цехе курящие имеют больший риск развития НЗ в 1,1 раза, по сравнению с некурящими. У жителей г. Кемерово риск составляет среднюю вероятность, у ближних мигрантов – 1,9 раза, у дальних мигрантов риск минимальный. У рабочих риск заболеть в 1,6 раза выше, чем у служащих.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой заболеваемости НЗ у рабочих и служащих аммиачных производств на КОАО «Азот» г. Кемерово. Наряду с йодной недостаточностью, в формировании НЗ играют роль и производственные факторы. Расчет уровней риска развития НЗ у рабочих может позволить дифференцировано подойти к формированию групп риска и разработке профилактических мероприятий в них.

НЕСТЕРОВ Ю.И., КОМИССАРОВА Н.Н., РОЖЕНЦОВА Н.С.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Цель исследования – изучить эффективность лечения больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в условиях поликлиники.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом анкетирования больных и анализа амбулаторных карт обследованы 110 больных с ИБС, 60 мужчин (54,5 %) и 50 женщин (45,5 %), в возрасте 47-70 лет (в среднем, 57 ± 4,3 лет). Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был у 42 больных (38,2 %), у остальных (68 чел. или 61,8 %) – стенокардия I-IV ФК. Из сопутствующих заболеваний, у 69 пациентов (62,7 %) имелась артериальная гипертония 1-3 степени (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999), у 14 (12,7 %) – сахарный диабет 2 типа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При опросе больных оказалось, что гипохолестериновую диету соблюдают всего 38 % больных, рекомендованные физические нагрузки выполняют 26 % больных. Следует отметить среди больных большой процент курящих, каждый 2-й (50 %) из мужчин продолжают курить, отказались от курения 18 человек (30%). Из всех рекомендуемых в лечении ИБС препаратов чаще используются нитраты (63,2 % больных со стенокардией и у 57,1 % больных, перенесших ИМ), ангиагреганты (соответственно, 26,5 % и 59,5 %). Ингибиторами АПФ лечат 88,2 % больных, перенесших ИМ, и 45,6 % больных стенокардией. Оказался высоким процент больных с перенесенным ИМ, которым назначались b-адреноблокаторы (80,9 %), среди больных со стенокардией они используются в 47,1 % случаев.

Обращает на себя внимание низкий процент использования противосклеротической терапии. Так, статины назначались у 7,4 % больных со стенокардией и у 7,1 % больных, перенесших ИМ. Следует отметить, что этот показатель оказался значительно выше общероссийского (0,5 %). Большинству пациентов (38 %) статины вообще не назначались, 21 % больных отказались от их приема в связи с высокой стоимостью лечения и 29 % вообще не знали об их существовании.

Установлено, что уровень общего холестерина у больных, получавших статины, в среднем, оказался на 1 ммоль/л ниже, чем у лиц, не получавших статины. Липидный профиль был определен у большинства больных ИБС (82,5 %), при этом, как правило, исследовался только общий холестерин, полная липидограмма (липопротеиды низкой и высокой плотности, триглицериды, атерогенный индекс) исследовалась в единичных случаях. Крайне редко рекомендовали больным проведение ангиографии коронарных сосудов и ин-

вазивные методы лечения – аортокоронарное шунтирования и коронарную ангиопластику.

ВЫВОДЫ

Качество консервативного лечения больных с ИБС в амбулаторных условиях соответствует, в основном, Международным и Отечественным рекомендациям. Однако в лечении больных с ИМ недостаточно используются дезагреганты и противосклератическая терапия (статины). Больные мало осведомлены о хирургических методах лечения ИБС.

НЕСТЕРОВА К.И., БАГИШЕВА Н.В., КОПЧЕНКОВА Н.А., ДОДОНОВА Е.Ю., ГРУНВАЛЬД О.В., БЕККЕР Е.Е., БАКШЕЕВА Т.А., КУЗЬМИНА Н.С., СОКОЛЬНИКОВА В.П., КРОТОВА А.Ю.

Омская областная клиническая больница,
Омская городская клиническая больница № 1,
Омская государственная медицинская академия,
ЗАО Пульмомед,
г. Омск

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ИНТРАНАЗАЛЬНЫМИ КАПЕЛЬНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Сезонный аллергический ринит (САР) является распространенным заболеванием практически во всех странах. По данным литературы, отчетливо прослеживается тенденция к их повсеместному росту. Естественно актуальным направлением остается медикаментозное лечение САР. Единственной группой препаратов, оказывающих патогенетическое воздействие на все фазы аллергического воспаления, являются глюкокортикостероиды (ГКС), причем в последнее время на Российском рынке появляются различные формы ГКС.

Цель – изучить влияние топического ГКС Бенарина на клинические проявления аллергического ринита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 42 человека с аллергическим ринитом, сезонной формой, в стадии манифестации, 27 женщин и 15 мужчин, в возрасте 18-53 лет. Средний возраст больных составил 28,6 ± 3,6 лет, большинство пациентов находились в наиболее работоспособном возрасте – 18-35 лет (30 человек, 71,4 %). Длительность заболевания составила, в среднем, 3,4 ± 0,6 года при максимуме 7 лет, минимуме 3 месяца и количестве обострений за сезон паллинации от 1 до 3, в зависимости от календаря цветения.

Предшествующая терапия у 21,4 % пациентов заключалась в закапывании в нос от 3 до 7-9 раз в день сосудосуживающих капель, по 3 человека получали аква-марис спрей в нос 2-3 раза в день, гормоны в таблетированной форме. Еще трем пациентам (7,1 %) ранее была проведена ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин, давшая временный эффект лишь на зимнее время года.

Всем пациентам проводилось лечение препаратом Бенарин по 2 капли в каждую половину носа 2 раза в день в течение 14 дней. Бенарин (0,05 % раствор будесонида) – новый топический ГКС для интраназального применения, обладает выраженным и быстропроявляющимся противовоспалительным действием, уменьшает количество тучных клеток, эозинофилов, Т-лимфоцитов и выделяемых ими медиаторов. Ингибирует синтез архидоновой кислоты, уменьшает продукцию лейкотриенов и простагландинов, снижая за счет этого экссудацию плазмы и тканевой отек.

Всем пациентам проводилась объективная и субъективная оценка клинических симптомов, общего состояния, переносимости препарата и нежелательных побочных эффектов. Все симптомы оценивались по 3-балльной шкале, где 0 баллов означало отсутствие симптомов, 1 балл – незначительно выраженные симптомы, 2 – умеренно выраженные симптомы, 3 – выраженные симптомы. Отдельно оценивались данные риноцитограмм: эозинофилия, наличие мицелия грибов, средний показатель деструкции эпителия носовых раковин. На 2-й осмотр явились 80 % пациентов группы, на 3-й и 4-й – 60 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По листам самооценки состояния пациенты отметили, что лекарственное действие начиналось со 2-3 дня и достигало своего максимума на 7-10 день. При этом, на 7 сутки ринорея и заложенность носа уменьшались в 5 раз, зуд в носу – в 10 раз, чихание переставало беспокоить пациен-

тов вовсе. При объективной оценке слизистой оболочки полости носа отмечено быстрое уменьшение отека и застойной окраски, прекращение ринореи и купирование эозинофилии.

Особое внимание уделялось наличию мицелия грибов в риноцитограммах при контроле через 2 недели. Таковое было отмечено у 15,4 % больных. Побочное действие лекарственного препарата отмечено у 3 человек в виде жжения, боли в носу, головной боли.

ВЫВОДЫ

Бенарин является современным топическим ГКС, быстро купирующим симптомы аллергического ринита при минимальном количестве побочных эффектов. Применение бенарина требует строгого соблюдения режима дозирования и продолжительного курса лечения из-за возможной грибковой инвазии слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

ОВСЯННИКОВ Н.В., БАГИШЕВА Н.В., ГОЛЕВЦОВА З.Ш., ЕРМАКОВА А.Ю.
Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова,
Омская государственная медицинская академия,
г. Омск

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХОБЛ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) ведет к значительному материальному ущербу в рамках государственного и частного здравоохранения, является одной из ведущих причин временной утраты трудоспособности и инвалидизации больных. ХОБЛ представляет собой первично хроническое, экологически опосредованное заболевание, основным клиническим проявлением которого является необратимая бронхиальная обструкция. Доказано, что при pO_2 артериальной крови менее 40 мм рт. ст. выживаемость в течение 2 лет практически равна нулю.

Лечение больных ХОБЛ в стадии ремиссии должно предусматривать, наряду с бронхолитической терапией, обязательную коррекцию гипоксемии. Для повышения содержания O_2 в артериальной крови возможно использование длительной, пожизненной O_2-терапии (не менее 15 часов в сутки), которая может продлить жизнь на 6-7 лет и, как вариант медикаментозной коррекции, применение лекарственных средств, повышающих уровень O_2 в артериальной крови (доксапрам, прогестерон, ацетозаламид, альмитрина бисмесилат).

Цель работы – оценить влияние альмитрина бисмесилата на течение заболевания.

В городском пульмонологическом центре ОГКБ № 1 под наблюдением находились 30 мужчин в возрасте 45-82 лет, страдающих среднетяжелой, тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ, которые в течение 6 месяцев получали терапию альмитрина бисмесилатом («Арманор»). Курс лечения включал прием препарата в течение 3 месяцев, перерыв 1 месяц, прием препарата в оптимальной рекомендуемой дозе 1 мг/кг в сутки 2 месяца, дополнительно к базисной бронхолитической терапии.

Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза заболевания, мониторинг спирографических показателей, измерение уровня газов венозной крови, толерантности к физическим нагрузкам (тест с 6-минутной ходьбой). Исходный уровень pO_2 от 11 до 48 мм рт. ст. (в среднем, 28,7 ± 1,9), pCO_2 от 46 до 77 мм рт. ст. (в среднем, 65,4 ± 2,4). К концу третьего месяца лечения повышение уровня газов крови практически не наблюдалось (у части пациентов на 2-3 мм), но в 100 % случаев пациенты отмечали значительное для них субъективное улучшение переносимости физических нагрузок. По окончании 6-месячного курса прирост pO_2 составил, в среднем, 11,4 ± 1,2 мм рт. ст. (соотносится с данными литературы), снижение уровня pCO_2 – 23,1 ± 1,9 мм рт. ст. При этом с первого месяца лечения отмечалось субъективное улучшение состояния больных.

Объективное уменьшение выраженности клинических симптомов, диспноэ, некоторое повышение толерантности к физическим нагрузкам и объективное уменьшение частоты обострений ХОБЛ (с 2-3 до 1-1,5 обострений в год) за период лечения альмитрином было достигнуто лишь к 4-6 месяцу лечения. Из побочных эффектов терапии, у 3 больных (15 %) отмечено развитие периферической полинейропатии, минимальная выраженность которой не потребовала отмены препарата, после месячного перерыва данные симптомы исчезли.

Таким образом, дополнение к стандартной бронхолитической терапии ХОБЛ препаратов для коррекции гипоксемии позволяет уменьшить выраженность клинических симптомов, снизить частоту обострений, повысить толерантность к физическим нагрузкам и улучшить качество жизни пациентов за счет улучшения газовых показателей кро-

ви. Применение арманора позволяет отсрочить или, у части пациентов, избежать назначения длительной кислородотерапии, доступность которой в нашей стране крайне низка.

ОВСЯННИКОВ Н.В., ГОЛЕВЦОВА З.Ш., ОВСЯННИКОВА Л.В., БАГИШЕВА Н.В.
Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова,
Омская государственная медицинская академия,
Областной клинический диагностический центр,
г. Омск

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Базисная терапия бронхиальной астмы (БА) в России осуществляется медикаментозными средствами, внесенными в формулярный список. Это документ, качество и фармакоэкономическая обоснованность которого имеют определяющее значение в формировании прямых затрат на медикаментозное обеспечение. Прямые затраты на проведение базисной терапии БА изучены многими авторами и составляют на 1 больного в год от 42 до 292 $, в зависимости от тяжести течения.

Оценка адекватности и стоимости базисной терапии БА в Томской области проведена Л.Г. Ленской и Л.М. Огородовой в 2000 г. Установлено, что стоимость посещения поликлиники и препаратов для базисной и симптоматической терапии для достижения «золотого стандарта» лечения составила 1690 руб. в год, при этом только дозировка бенакорта была адекватной.

Учитывая показатель стоимость/эффективность, в г. Омске приоритет при внесении в формулярный список был отдан препарату отечественного производства Бенакорт (Будесонид), который позволяет добиться эффективного контроля над БА и курсовая доза которого (на один месяц) в 3-4 раза дешевле препаратов импортного производства.

Количество вызовов скорой помощи по поводу обострения БА после 2000 г. снизилось в 2-2,5 раза, когда начал давать результат комплексный подход к оказанию помощи больным БА. С учетом стоимости выезда линейной бригады (260 руб.), экономический эффект с 2004 г., при сравнении с 1996 г., составил 644540 руб.

В результате организации доступной и эффективной базисной терапии БА снизилась госпитализированная заболеваемость, сократились сроки пребывания в стационаре.

Таким образом, за счет снижения госпитализированной заболеваемости БА, уменьшения среднего койко-дня, уменьшения количества вызовов скорой помощи достигнута экономия бюджетных средств на 1176 руб. на одного больного в год, при сравнении 1996 г. с 2004 г. Этот показатель наглядно иллюстрирует эффективность и меньшую затратность проводимой амбулаторной базисной терапии БА.

ОВЧАРЕНКО Ю.С., АВДЕЕВА М.М., ХАЗАНОВ В.А., УДУТ В.В.
ГУ НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН,
г. Томск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Цель работы – сравнение клинической эффективности и безопасности препаратов, содержащих янтарную кислоту, «Янтарькардио фито» (ЯКФ) и «Янтарь-энерговит» (ЯЭВ), в комплексной терапии пациентов с хронической дисциркуляторной энцефалопатией (ХДЭ).

Клинические эффекты метаболических препаратов, влияющих на состояние «быстрого кластера» клеточной энергопродукции – регуляторов энергетического обмена (РЭО), были изучены у 32 пациентов с ХДЭ I-II стадии. Все пациенты, включенные в исследование, получали базисную терапию (кавинтон, трентал, пирацетам, витамин B_6). Пациенты основных групп получали дополнительно РЭО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Переносимость изучаемых препаратов была хорошая, побочных эффектов не выявлено. В результате терапии во всех группах отмечалась положительная динамика течения ХДЭ, но в основ-

ных группах эти изменения были более значимыми. Так, если традиционная терапия улучшала самочувствие большинства пациентов только в отношении головной боли и головокружения, то применение РЭО снижало и частоту проявлений остальных симптомов начальных стадий ХДЭ.

Более выраженное улучшение показателей нейропсихологических тестов наблюдалось у пациентов, дополнительно получавших РЭО. Так, в группе с ЯКФ приоритет был за улучшением памяти, внимания и скорости выполнения стереотипных движений. В группе, получавшей ЯЭВ, к концу терапии достоверно улучшились все нейропсихологические тесты. Дополнение РЭО к стандартной терапии ХДЭ начальных стадий сопровождалось выраженной положительной динамикой неврологического статуса, уменьшением таких патологических проявлений заболевания, как нистагм, симптомы поражения 12 пары ЧМН, рефлексы орального автоматизма и симптом Горнера, причем более глубокое позитивное влияние на проявление последнего отмечалось у препарата ЯЭВ.

Сравнение динамики изменений показателей РЭГ в сформированных группах показало отсутствие влияния стандартной схемы терапии ХДЭ. При введении в схему лечения РЭО нормализовался повышенный тонус артериол, венул (коэффициент ДСИ), вследствие чего улучшался венозный отток (ВО). Не было выявлено выраженных влияний стандартной схемы терапии и на параметры ЭЭГ. Прием препаратов РЭО, напротив, приводил к достоверному повышению амплитуды альфа-волн и альфа-индекса, что говорит о нормализации биоэлектрических процессов в ткани мозга. Более того, стандартная схема лечения ДЭ не влияла на индекс медленноволновой активности, а ее дополнение ЯКФ и ЯЭВ сопровождалось снижением этого показателя. Снижение индекса медленноволновой активности является бесспорным доказательством непосредственного влияния РЭО на патологически измененную биоэлектрическую активность.

Результаты проведенных исследований показали выраженный положительный эффект комплексной терапии (с применением РЭО) при лечении больных ХДЭ начальных стадий. Хотя оба препарата оказывали положительное влияние на симптомы ДЭ, позитивное влияние ЯЭВ было более значительным.

ОЛЕНЕВА И.Н., ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

В последние годы отмечается неуклонный рост уровня тиреоидной патологии и тенденция к утяжелению ее течения. Распространенность узловых форм нетоксического зоба в йоддефицитных регионах России достигает уровня 23,8 % от всей тиреоидной патологии.

Оперативное лечение продолжает оставаться одним из самых востребованных при узловых поражениях щитовидной железы. В связи с этим, врачу в своей практике чаще приходится встречаться с рецидивами зоба после оперативного лечения, частота которых, по данным различных авторов, составляет от 0,5 % до 39 %, при этом повторно оперируются от 3,1 до 72 % больных, а также с развитием послеоперационного гипотиреоза, который выявляется в 0,8-50 % случаев.

Цель исследования – изучить течение послеоперационного периода у больных с узловым коллоидным зобом и оценить эффективность различных схем фармакологической профилактики послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом клинического исследования послужили 180 больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба (УКЗ). В послеоперационном периоде больные были разделены на 2 группы: I группу (основную) составили 120 больных в возрасте от 18 до 69 лет, оперированных по поводу УКЗ, которым проводился комплекс послеоперационных реабилитационных мероприятий на фоне динамического наблюдения в течение 2 лет. Во II группу (контрольную) вошли 60 человек в возрасте от 21 до 72 лет, которым реабилитационные мероприятия проводились нерегулярно, не в полном объеме, либо не проводились вообще.

Через 3 месяца после операции больные I группы разделены на 2 подгруппы. Больным 1 подгруппы назначено профилактическое медикаментозное лечение препаратом тироксин в дозе 25-100 мкг/сут (n = 106), больным 2 подгруппы – лечение препаратом калия йодида в дозе 200 мкг/сут (n = 14).

Критерием для назначения медикаментозного лечения явился уровень тиреотропного гормона (ТТГ) через 3 месяца после операции.

Через 3 месяца после операции оперированным больным проведена оценка тиреоидного статуса. Клинические признаки гипофункционального состояния щитовидной железы выявлены у 98 больных (54,4 %), у 67 пациентов I группы (55,8 %) и у 32 пациентов II группы (53,3 %). В обеих группах средний уровень ТТГ превышал нормальные показатели и статистически значимо ($p = 0,0037$ и $p = 0,0058$) отличался от исходных величин.

Назначение через 3 месяца калия йодида оперированным больным, находящимся в состоянии эутиреоза, способствовало сохранению эутиреоидного состояния у больных через 1 и 2 года после оперативного вмешательства. При этом, средний уровень ТТГ через 1 год был равен $1,97 \pm 0,21$ мкМЕ/мл, через 2 года – $1,73 \pm 0,14$ мкМЕ/мл, статистически значимо не различаясь между собой.

Прием препаратов тироксина в послеоперационном периоде позволил не только ликвидировать имеющийся у части больных послеоперационный гипотиреоз (средний уровень ТТГ через 3 месяца после операции $4,7 \pm 0,36$ мкМЕ/мл) и к концу 2 года лечения статистически значимо ($p = 0,0021$) улучшить показатели ТТГ ($2,1 \pm 0,31$ мкМЕ/мл), но и снизить число больных с диагностически значимым титром а/т к МФ, с 21,2 % до 16,4 %.

При ведении больных на комбинированной терапии (тироксин + калия йодид) у большинства больных сохранялся эутиреоз, средний уровень ТТГ составил через 1 год после начала лечения $1,66 \pm 0,27$ мкМЕ/мл. Установлена статистически значимая связь ($r = +0,48$; $p = 0,0068$) рецидива узлового зоба с функциональным состоянием тиреоидного остатка. В 48,2 % случаев рецидив узла возникал на фоне послеоперационного гипотиреоза. При этом выявлена статистически значимая зависимость ($r = +0,37$; $p = 0,023$) между уровнем ТТГ через 3 месяца после операции и рецидивом узлового зоба через 2 года у больных, не получавших профилактического медикаментозного лечения, которая, однако, нивелировалась его назначением.

В группе больных, получавших медикаментозное лечение, рецидив узлового зоба составил 10,8 %, что меньше показателя II группы – 18,3 %, однако при расчете критерия согласия χ^2 не является статистически значимым ($r = -0,10$; $p = 0,12$) и может рассматриваться лишь как тенденция к возможному развитию рецидива заболевания при отсутствии факта профилактического медикаментозного лечения.

Развитие послеоперационного гипотиреоза в I группе зарегистрировано в 11,6 % случаев (скрытый гипотиреоз у больных с ишемической болезнью сердца), во II группе – в 25 % случаев (явный и скрытый гипотиреоз), что является статистически значимым ($r = -0,34$; $p = 0,019$) и говорит о влиянии лечебно-профилактических мероприятий на предупреждение возникновения послеоперационного гипотиреоза.

ВЫВОДЫ:

1. Течение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба и не получавших профилактического медикаментозного лечения, осложняется развитием послеоперационного гипотиреоза в 25 % случаев и рецидивом узлового зоба в 18,3 % случаев.
2. Применение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий снижает риск развития послеоперационного гипотиреоза в 2,2 раза и рецидива заболевания – в 1,7 раза.
3. Сравнительное изучение вариантов медикаментозного лечения в послеоперационном периоде выявило более высокую эффективность схем, включающих препараты тироксина. Профилактическое лечение необходимо начинать в ранние сроки, не позднее 2-3 месяцев после операции.

ОСИПОВ А.Г., РАЗУМОВ А.С., ВОСТРИКОВА Е.А.,
КОСТИН В.И., ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗГородская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

На базе пульмонологического отделения ГКБ № 3 г. Кемерово проведено исследование, **цель** которого – определение эффективности различных методов лечения никотиновой зависимости.

В исследование были включены 165 курящих пациентов в возрасте 14-65 лет. Стаж курения составил 1-45 лет (в среднем, $19,7 \pm 2,2$). Лечение никотиновой зависимости проводилось по следующим программам: применение НЗТ с использо-

ванием жевательной резинки «Никоретте», иглорефлексотерапия, элементы психологического тренинга. Длительность наблюдения — 180 дней.

Пациенты были разделены на четыре группы: 1-я — курильщики, согласившиеся принять участие в антитабачной программе с использованием элементов психологического тренинга, беседы врача, НЗТ, и иглорефлексотерапии (n = 42); 2-я — курильщики, согласившиеся принять участие в антитабачной программе с использованием элементов психологического тренинга, беседы врача и НЗТ (n = 40); 3-я — курильщики, согласившиеся принять участие в антитабачной программе с использованием элементов психологического тренинга, беседы врача и иглорефлексотерапии (n = 39); 4-я — курильщики, согласившиеся принять участие в антитабачной программе с использованием элементов психологического тренинга и беседы врача (n = 44).

Результат оценивался по трем параметрам: полный отказ от курения; уменьшение количества выкуриваемых сигарет; отказ от программы. Статус курения оценивался по следующим параметрам: индекс курящего человека (ИКЧ); степень никотиновой зависимости (коэффициент Фагерстрема); степень мотивации к отказу от курения; мотивации курения (тип курительного поведения — анкета D. Horn).

В результате проведенного исследования выявлено следующее. Выбор программы лечения никотиновой зависимости определялся, в первую очередь, типом курительного поведения. У лиц, вошедших в группы 1 и 3, превалировал тип курительного поведения «манипуляция сигаретой». Для 2 группы превалирующим было «желание получить стимулирующий эффект» и «использование курения для поддержки при нервном напряжении». В 4 группе основу составляли пациенты, желающие получить от курения как стимулирующий, так и расслабляющий эффект. Статус курения пациентов, выбравших определенную программу вмешательства, значительно варьировал. Степень никотиновой зависимости (по коэффициенту Фагерстрема) был наиболее высокой в 1 и 2 группах, меньшая — в 4-й. Лица с низким ИКЧ чаще предпочитали антитабачную программу, включающую только волевое усилие и аутотренинг.

У всех наблюдаемых степень мотивации к отказу от курения была высокая и на выбор определенной программы не влияла. Наибольшая эффективность ($p < 0,05$) вмешательства, т.е. прекращение курения, отмечена среди лиц из групп 1 (61,9 %) и 2 (62,5 %), по сравнению с группой 4 (38,6 %). Различия между показателями в группах 1 и 2 статистически не достоверны. В группе 4 наиболее высок процент лиц, отказавшихся от участия в программе — 52,3% ($p < 0,05$).

Таким образом, тип курительного поведения влияет на выбор антиникотиновых программ. Из проводимых антитабачных лечебных мероприятий наиболее эффективны программы, в состав которых включена никотинзаместительная терапия.

ПРОЗОРОВА Н.В., ШАЛЯКИНА Н.Ю., КОВАЛЕНКО А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БЕТАСЕРК» ПРИ ВЕСТИБУЛОПАТИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Цель — изучение эффективности, переносимости препарата «Бетасерк» при вестибулопатиях различного генеза.

«Бетасерк» обладает гистаминоподобным фармакологическим действием. Воздействует, главным образом, на гистаминовые H_1 и H_3-рецепторы внутреннего уха и вестибулярных ядер ЦНС. Улучшает проницаемость капилляров и микроциркуляцию капилляров внутреннего уха, увеличивает кровоток в базиллярных артериях. Оказывает выраженное центральное действие, нормализует нейрональную трансмиссию в ядрах кохлеовестибулярного нерва на уровне ствола головного мозга.

Обследованы 15 пациентов (12 женщин и 3 мужчин) в возрасте 25-70 лет. 1 группа — 8 пациентов с диагнозом «ОНМК в ВББ, вестибуло- атаксический сидром». 2 группа — 2 пациента с диагнозом «Шейный остеохондроз. Синдром позвоночной артерии. Вестибулопатия» и 1 пациент с диагнозом «Шейный остеохондроз. Кохлеовестибулярный синдром». 3 группа — 3 пациента с диагнозом «ДЭП 2 ст. Вестибулопатия» и 1 пациент с диагнозом «Позиционное головокружение».

Пациенты 1 группы в возрасте 60-75 лет получали препарат в дозе 16 мг 3 раза в день. Отмечен положительный эффект на 4-5 сутки применения, уменьшились головокружения, явления атаксии.

Пациенты 2 группы в возрасте до 40 лет получали циннаризин по 1 т. 3 раза в день, отмечали сонливость, общую заторможенность. Препарат был заменен на бетасерк в дозе 16 мг 3 ра-

за в день в течение 3-х дней, в результате значительно уменьшились сонливость, явления головокружений, шум в ушах.

В 3 группе 3 пациента в возрасте 55-65 лет получали препарат в дозе 16 мг 3 раза в день, положительный эффект получен на 3 сутки. У 1 пациента с диагнозом «ДЭП 2 ст.» эффекта не было.

Таким образом, исследование показало высокую эффективность препарата «Бетасерк», как средства лечения вестибулопатий у пациентов различных возрастных категорий.

РОМАСЮК А.В., ВИНИЦКАЯ И.Н., МАЛЮТА Е.Б.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Цель – изучение клинических особенностей урогенитального (хламидийного) артрита.

МЕТОДЫ

В течение 5 лет мы наблюдали 53 больных с хламидийным артритом (РеА), 14 женщин и 39 мужчин. В исследование включены больные в возрасте 17-48 лет, с длительностью заболевания от 2-3 недель до 1,5 лет. Больные разделялись, согласно классификации, на острую форму (длительность первичной атаки до 2-х месяцев) и затяжную (длительность суставной атаки до 1 года).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Триада симптомов прослеживалась у 25 больных (47 %), уретрит и артрит – у 13 больных (24,5 %), артрит – у 15 больных (28,3 %). Глазные симптомы распределялись следующим образом: коньюнктивит у 25 больных (47 %) и передний увеит у 1 больного (1,8 %). Из внесуставных проявлений следует выделить кератодермию у 7 больных (13,2 %), ахиллобурсит у 32 больных (60,3 %), у 19 больных (35,8 %) определялась клиника сакроилеита без четкого рентгенологического подтверждения. Классический лестничный тип поражения встречался у 36 больных (67,9 %), мелкие суставы стоп вовлекались в процесс у 48 больных (90,5 %). У всех больных проводилось лабораторное исследование сыворотки крови, синовиальной жидкости, отделяемого уретры у мужчин и цервикального канала у женщин. Использовался метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ). Положительный результат составил 88 %.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование подтверждает высокую диагностическую ценность клинических критериев и используемой методики ПИФ.

РЫЧКОВ А.Ю., ПУШКАРЕВ Г.В.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН Тюменский кардиологический центр, Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Цель работы – сравнительный анализ характеристик больных, направляемых на проведение теста чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧпЭС) для диагностики ИБС и его результатов, в условиях поликлиники и стационара многопрофильной клинической больницы и специализированного центра.

В исследование включены результаты обследования 1841 пациента, в том числе женщин – 1047 (56,9 %), мужчин – 794 (43,1 %), последовательно проведенных в Тюменском кардиологическом центре (ТКЦ), и 1279 пациентах, в том числе мужчин – 607 (47,5 %), женщин – 672 (52,5 %), обследовавшихся в Тюменской областной клинической больнице (ОКБ). В исследование не включались данные о тестах ЧпЭС, проводимых по программе электрофизиологического исследования без нагрузочного теста.

Средний возраст, больных обследовавшихся в ОКБ, составил 48,5 ± 8,4 лет, в том числе обследовавшихся в стационаре 49,2 ± 8,4, в поликлинике 46,4 ± 10,3. В ТКЦ средний возраст пациентов был 51,8 ± 9,1 лет ($p < 0,001$), в стационаре – 50,8 ± 9,0 ($p < 0,001$), в поликлинике – 52,6 ± 9,1 ($p < 0,001$). Таким образом, обследовавшиеся в ОКБ пациенты были моложе. Наибольшая разница в возрасте была между пациентами, обследовавшимися в амбулаторных условиях.

Тест ЧпЭС в ТКЦ, по сравнению с ОКБ, чаще применялся у женщин и реже у мужчин (пол м/ж в ТКЦ – 794/1047; в ОКБ – 607/672; $\chi^2 = 5,5$; $p = 0,019$). В подгруппе обследовавшихся амбулаторно наблюдалось такое же соотношение полов (пол м/ж в ТКЦ – 353/704; в ОКБ – 390/503; $\chi^2 = 21,2$; $p < 0,001$). В подгруппе обследовавшихся в стационаре различия в половом составе не наблюдались (пол м/ж в ТКЦ – 441/343; в ОКБ – 268/672; $\chi^2 = 0,06$; $p = 0,8$).

Не были доведены до диагностических критериев в ОКБ 7 % тестов, в ТКЦ – 9,8 % ($\chi^2 = 7,0$; $p = 0,008$). Положительный тест в ОКБ зарегистрирован у 15 % больных, в ТКЦ – у 20,7 % ($\chi^2 = 15,9$; $p < 0,001$). Отрицательный тест – у 78 % и 69,5 % пациентов, соответственно ($\chi^2 = 27,6$; $p < 0,001$).

Таким образом, контингент больных, которым проводился тест ЧпЭС, различен в ТКЦ и ОКБ. Это связано с тем, что в условиях многопрофильной клиники обследуются пациенты со сложной сочетанной патологией, и тест ЧпЭС используется у них преимущественно для исключения сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. ТКЦ, напротив является специализированным учреждением, в котором проходят обследование кардиологические больные. У этой группы пациентов тест ЧпЭС является целенаправленным поиском заболеваний сердца, в данном случае ИБС. Вероятно, этим объясняются как различие в составе пациентов, так и в результатах исследования (достоверно большее количество положительных тестов и меньшее количество отрицательных тестов в ТКЦ, по сравнению с ОКБ).

СМИРНОВА И.М., КАРЕЛИНА Н.И., ЛОНЧАКОВА В.В.
Кемеровский кардиологический диспансер,
г. Кемерово

ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

В России, как и во всем мире, отмечается прогрессирующий рост заболеваемости цереброваскулярным инсультом, когнитивные нарушения являются одним из серьезных осложнений инсульта, без коррекции которых невозможно восстановление других утраченных функций. При патологических состояниях избыточная активация NMDA-рецепторов может привести к гибели нейронов, поэтому антагонисты этих рецепторов являются нейропротективными препаратами.

Цель исследования – изучение эффективности препарата Акатинол (антогониста NMDA-рецепторов) при лечении больных с когнитивными нарушениями в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 15 пациентов, в возрасте от 53 до 62 лет (9 мужчин и 6 женщин, средний возраст 56,1 ± 1,8 лет), с легкими и умеренными когнитивными нарушениями в раннем восстановительном периоде ишемического цереброваскулярного инсульта. В первую группу вошли 6 пациентов, которым Акатинол назначался перорально (по схеме, максимальная суточная доза 10 мг). Во второй группе 9 пациентов получали таблетированную форму пирацетама в дозе 1600 мг в сутки. Исследование проводилось до начала лечения, на 10, 30 60 и 90 дни, соответственно, и включало осмотр больного, нейропсихологическое тестирование с использованием шкал MMSE, FAB и теста рисования часов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходно легкая степень снижения когнитивных функций определялась у 11 больных (73,3 %), умеренной степени – у 5 больных (26.7%), без межгрупповых различий. К концу 90-дневного курса лечения в обеих группах отмечалось достоверное улучшение восприятия, концентрации внимания, счета и памяти. А в группе, пациентов пролеченных акатинолом, наблюдалось значительное улучшение речевых функций и социальной адаптации.

Анализ динамики клинических проявлений у больных с умеренными когнитивными нарушениями в восстановительном периоде ишемического инсульта показал, что эффективность лечения была достоверно выше у больных, получавших акатинол, чем у больных, пролеченных пирацетамом (после окончания лечения суммарный балл в 1-й группе составил 29,6 ± 0,19 против 26,8 ± 0,16 во 2-й группе).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволяют рекомендовать препарат Акатинол для лечения больных с когнитивными нарушениями в восстановительном периоде ишемического инсульта. Эффективность Акатинола более значительна у больных с умеренно выраженными когнитивными нарушениями.

СМИРНОВА И.М., КАДОЧНИКОВА А.Н., ДРОЖЖЕВСКАЯ Н.Ф.
Кемеровский кардиологический диспансер,
г. Кемерово

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Острые нарушения мозгового кровообращения – главная причина инвалидизации во всем мире, и одна из основных причин смертности населения. За последние годы значительные успехи достигнуты в изучении механизмов повреждения мозга и развитии концепции патогенетической гетерогенности ишемического инсульта (Верещагин Н.В., 1993). Эффективная реабилитация в раннем восстановительном периоде инсульта и вторичная профилактика невозможны без учета основной причины и механизма развития острой церебральной ишемии.

В специализированном неврологическом отделении ранней реабилитации больных, перенесших ОНМК, созданном на базе санатория «Меркурий» Кемеровского кардиологического диспансера, за 2003-2004 гг. пролечены 500 пациентов с нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу, 270 женщин (54 %) и 230 мужчин (46 %), в среднем возрасте 48 лет. Для уточнения диагноза больным проводились дополнительные методы исследования: биохимические и клинические анализы крови, цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, транскраниальная допплерография, ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, по показаниям – тесты ВЭМ, ЧПЭС, МРТ головного мозга.

Основными этиологическими факторами развития ОНМК явились артериальная гипертония – 94 % больных; атеросклероз церебральных артерий, дислипидемия – 64 %, ИБС – 42 %, сахарный диабет – 9 %. Диагноз сочетанной сердечно-сосудистой патологии был установлен у 84 % больных, их них впервые диагностированы гипертоническая болезнь – 155 случаев (31 %), ИБС: Стенокардия – 85 (17 %), ИБС: Фибрилляция предсердий – 20 (4 %), экстрасистолия высокого класса – 33 (7 %), симптоматическая артериальная гипертония – 25 (5 %), дилатационная кардиомиопатия – 1 случай, гипертрофическая кардиомиопатия – 1 случай, атеросклеротический стеноз магистральных артерий – 140 случаев (28 %).

Выявление сочетанной сердечно-сосудистой патологии в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта позволило подобрать эффективную медикаментозную терапию. Неудовлетворительная компенсация АД при поступлении (выше 135/85 мм рт. ст.) отмечалась в 61 % случаев, при выписке – в 5 % случаев. При выявлении нарушения сердечного ритма осуществлялся подбор антиаритмической терапии, в том числе в сочетании с варфарином под контролем МНО – в 2 % случаев. Всем больным назначались дезагрегантная терапия и статины.

На фоне рациональной медикаментозной терапии проводились физические методы реабилитации (кинезотерапия, массаж, лечение положением с использованием лангет, специальных укладок, физиотерапевтическое лечение), иглорефлексотерапия, лого- и психотерапия. Невозможность применения полного объема физических методов реабилитации из-за выявленной сочетанной кардиологической патологии отмечалась в 5 % случаев.

Высокий уровень реабилитации с полным восстановлением утраченных функций и навыков самообслуживания достигнут у 410 больных (82 %), средний уровень реабилитации с частичным восстановлением неврологического дефицита – у 65 (13 %), низкий уровень реабилитации с незначительной положительной динамикой – у 25 больных (5 %).

Таким образом, у большинства больных с нарушением мозгового кровообращения выявляется сочетанная сердечно-сосудистая патология, при этом заболевания сердца могут протекать асимптомно и дебютировать ишемическим инсультом. Для оптимизации лечебной тактики в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, эффективной вторичной профилактики, всем больным с ОНМК необходимо проводить клинико-инструментальное кардиологическое обследование.

СУДАКОВА Л.В., МИХАЙЛОВА И.А., ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЗА 10 ЛЕТ В ГКБ № 3

Пневмония относится к наиболее частым заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. Согласно официальной статистике, в 1999 г. в России среди лиц в возрасте 18 лет было зарегистрировано 440049 случаев пневмонии. В последние годы отмечается увеличение смертности от пневмонии: в середине 90-х годов этот показатель был 18 на 100 тыс. населения, при этом, смертность от нозокомиальных пневмоний составляет 20 %, от внебольничных – 5 %. В США ежегодно регистрируются 3000000-4000000 случаев пневмонии, из которых более 900000 госпитализируются. Из числа последних, ежегодно умирают более 60000 человек.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, умерших от пневмонии за период 1995-2004 гг. в ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского.

Динамика заболеваемости и смертности от пневмоний взрослого населения г. Кемерово за 10 лет наглядно свидетельствует о росте данной патологии. Отмечается рост заболеваемости в последние 5 лет на 61,7 %, по сравнению с 1995 годом, и рост летальности в 1,6 раза, при этом минимальный прирост наблюдался в 1998 году, максимальный – в 2000 году. В возрасте до 50 лет умерли 87 чел. (46,3 %), 51-60 лет – 41 (21,8 %), 61-70 лет – 26 (13,8 %), старше 70 лет – 34 чел. (18,1 %). Среди умерших работающих было 8 %. Сроки госпитализации от момента заболевания: в 39,9 % случаев давность заболевания выяснить не удалось из-за тяжести состояния больного, в первые 5 суток от начала заболевания обратились 16 % пациентов, в срок от 6 до 10 дней – 23,4 %, свыше 10 дней – 20,7 %.

По локализации процесса двухсторонние пневмонии наблюдались у 170 чел. (90,4 %), односторонние – у 18 (0,6 %). Из них, тотальное поражение у 55 чел. (32,4 %), пневмония осложнилась абсцедированием у 98 чел. (52,1 %).

При анализе социального статуса выяснено, что 88 человек страдали хр. алкоголизмом (46,8 %), более половины больных – хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальная астма имелась у 11,2 %, сахарный диабет – у 32 (17 %), различные хронические заболевания – у 45,9 %. В течение первых суток с момента поступления умерли 29,3 %, со 2-го на 3-й день – 38,5 %, на 3-5 день – 8,3 %, на 5-10 день – 23,9 %. Основными причинами смерти у этих больных были инфекционно-токсический шок, отек легких, отек головного мозга, респираторный дистресс-синдром.

Таким образом, анализ летальности от пневмонии за истекшие 10 лет показывает ее рост, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Летальность выше среди неработающих, имеющих низкий социальный статус, поздно обратившихся за медицинской помощью и имеющих сопутствующие заболевания, такие как ХОБЛ, хр. алкогольная интоксикация, сахарный диабет.

ТАЧКОВА О.А.
Кемеровская государственная медицинская академия, Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии, г. Кемерово

ИСХОД ДОМАНИФЕСТНЫХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Цель исследования – изучение исходов доманифестных нарушений углеводного обмена: при нарушениях толерантности к глюкозе (НТГ) и нарушении глюкозы натощак (НГН).

МЕТОДЫ

В течение 20 лет активно наблюдались 842 пациента в возрасте 19-60 лет: с НТГ – 73 пациента, с НГН – 175 пациентов с нормальной толерантностью к глюкозе, выявленных при скрининге. Исследовались показатели углеводного обмена (уровень гликемии, ИРИ в ходе ОПТГ с подсчетом ГО, ИО, ИР, Homa-R) и по медицинским документам регистрировались сердечно-сосудистые заболевания. В первые пять лет пациенты обследовались ежегодно, затем раз в три года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За первые пять лет наблюдения сахарный диабет (СД) II типа развился у 28,5 % лиц с НТГ и

24,2 % с НГН; сохранились НТГ и НГН, соответственно, в 30,1 % и 34 % случаев. Средний возраст, в котором регистрировался переход в СД, составил 39,2 ± 3 года. Через 20 лет (из оставшихся в группе наблюдения) СД был из группы НТГ в 67 %, из группы НГН – в 91 % случаев. В женской подгруппе переход в СД был в более поздние сроки, чем у мужчин. Через пять лет (и 20 лет, соответственно) ИБС страдали в группе СД – 64,1 % (70,1 %); в группе НТГ – 68,9 % (81,4 %); с нормальной толерантностью к глюкозе – 37,5 % (56,2 %).

Инфаркт миокарда (ИМ) перенесли лица с СД через 20 лет в 14,2 % случаев; лица с НТГ – в 27,5 % (более одного ИМ имели 12,9 % больных); при нормальной толерантности к глюкозе – 8,2 % (11 %). Инсульты развивались при СД в 21,4 % случаев (из них повторные имели 31 %); при НТГ – в 34 %; при НГН – в 22 % случаев. Артериальная гипертензия (АГ) через 5 лет наблюдения была при СД у 69 %; при НТГ – у 94 %.

По результатам рангового корреляционного анализа, нет статистически значимых различий у лиц с СД и доманифестными стадиями СД. Определялась взаимосвязь ГО, ИО, ИР, Homa-R с частотой сердечно-сосудистых заболеваний и летальности от них. Несмотря на меньшую частоту АГ, относительный риск неблагоприятных исходов инсультов и ИМ был более высокий при НТГ (OR = 1,2; 1,4), чем при НГН (OR = 1,43; 1,75) и зависел как от ИО, так и от совокупности общеизвестных факторов риска.

Таким образом, возраст 40 лет (согласно ранее принятым рекомендациям, 45 лет) является фактором риска трансформации доманифестных нарушений углеводного обмена в СД, что определяет пересмотр рекомендаций по группам риска на выявление СД. При НТГ и НГН частота инсульта связана с уровнем гликемии, а риск летальных исходов, наряду с другими факторами, связан с ИО и ИР.

ТЕРЕШИНА М.Г., ТЕМЕРХАНОВА Л.И.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ИММУНИТЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ И НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Слизистая оболочка верхних дыхательных путей является первым барьером на пути проникновения чужеродных агентов различной природы. Большинство авторов определяют дефекты местной иммунологической защиты как основную причину развития хронического воспаления в различных отделах респираторного тракта. Исследования, посвященные изучению параметров гуморального и клеточного звеньев иммунитета у лиц с заболеваниями носоглотки, носят эпизодический характер. Хроническим заболеваниям ЛОР-органов сопутствуют нарушение системы местного иммунитета слизистой оболочки верхних дыхательных путей, которое способствует развитию гнойно-воспалительных осложнений (острые синуситы, отиты и другие).

К сожалению, не всегда возможно решить проблему лечения инфекционно-воспалительных заболеваний с помощью антимикробных, противовирусных препаратов и других этиотропных средств. В последнее время отмечено нарастание резистентности многих микроорганизмов к используемым лекарственным препаратам. Необходимо искать пути, способствующие повышению эффективности этиотропной терапии, и одновременно добиться снижения побочных эффектов, появляющихся в ходе ее применения. Возможно, одно из решений данной проблемы – повышение функциональной активности иммунной системы и восстановление ее нарушенных функций.

В настоящее время с этой целью находят применение иммунокорректоры – препараты, модулирующие силу иммунного ответа. Особенностью применения иммунотропных препаратов при ЛОР-патологии является целесообразность их местного использования, что обусловлено существованием в норме активной системы местного иммунитета слизистых оболочек (в полостях носа, ротоглотки, околоносовых пазух, уха). Работы, направленные на поиск эффективных иммуномодулирующих препаратов, применяемых местно, ведутся давно.

Цель исследования – изучение эффективности иммуномодулирующих препаратов в сочетании с традиционной этиопатогенетической терапией при инфекционно-аллергических заболеваниях ЛОР-органов, оценить отдаленные результаты лечения.

Под наблюдением находились 51 пациент с хроническими заболеваниями ЛОР-органов: 1 группа – с аллергическими заболеваниями, 2 группа – с хроническими воспалительными заболеваниями

ЛОР-органов. В 1-й группе применяли местно препараты иммуномодулирующего действия поликсидоний или гепон эндоназально в рекомендуемых дозировках. Во 2-й группе – бактериальные иммуномодуляторы. Эти препараты, содержащие лизаты бактерий, способствуют профилактике инфекций носоглотки и респираторного тракта, не вызывают формирования протективного длительного иммунитета (ИРС 19, имудон).

В результате проведенного исследования, в группе с аллергическими заболеваниями улучшение отметили 94 % пациентов. По данным риноцитограммы, отмечено умеренное снижение количества эозинофилов и лимфоцитов. За 6 месяцев наблюдения осложнения зарегистрированы у 1 пациента, за следующие полгода ухудшение в течении основного заболевания отмечено у 5 человек (13 %). Данный показатель позволяет сделать вывод о необходимости проведения повторных курсов иммунокорригирующей терапии через 5-6 месяцев. Во 2-й группе клиническое улучшение отмечено у 87 % пациентов.

Таким образом, препараты иммуномодулирующего действия могут быть рекомендованы в комплексе с общепринятыми классическими схемами лечения ЛОР-патологии. Иммуномодуляторы потенцируют действие противовирусных и антибактериальных препаратов, ускоряют эпителизацию и регенерацию тканей в послеоперационном периоде и, сокращая сроки временной нетрудоспособности, дают положительный экономический эффект.

ФИВКОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр, г. Кемерово

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Цель исследования – уточнение медико-социальных портретов женщин, страдающих фиброзно-кистозной болезнью молочных желез (ФКБ), и выяснение факторов риска развития ФКБ, а также изменения их влияния при сочетании с тиреоидной патологией.

Обследованы 599 жительниц Кемеровской области, у 371 из них был выставлен диагноз ФКБ (61,9 %). Для расчета уровней и изучения структуры рисков возникновения ФКБ у женщин в зависимости от наличия заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) мы распределили пациенток на 2 группы. Основная группа (женщины, имеющие заболевания ЩЖ) включала 149 человек (24,9 %), контрольная группа (пациентки без патологии ЩЖ) – 450 человек (75,1 %). Таким образом, в нашем исследовании изучено различие в заболеваемости ФКБ у женщин, подвергавшихся воздействию одинакового фактора риска, в зависимости от наличия патологии ЩЖ.

Программа исследования состояла из комплексного обследования врача-маммолога, врача-эндокринолога и сбора интересующих нас анкетных данных. Математическая обработка данных включала расчет и сравнение в группах нормированных интенсивных показателей (НИП), расчет удельного веса изучаемых признаков в группах, а также коэффициентов отношения правдоподобия (КП) по изучаемым факторам и весовых индексов факторов (ВИФ), что позволило изучить вклад тиреоидной патологии в развитие ФКБ.

По результатам исследования, в развитии ФКБ у женщин с тиреоидной патологией большое значение имел фактор социального статуса, ВИФ которого в 2 раза превышал таковой у женщин без заболевания ЩЖ. Одинаковое ранговое место данного фактора в обеих группах женщин свидетельствует о несомненном влиянии патологии ЩЖ на увеличение риска развития ФКБ при сочетании с названным фактором риска. Обращают на себя внимание высокие ранговые места таких факторов, как жилищные условия и стаж работы (2 и 3, соответственно) в риске развития ФКБ у женщин с наличием патологии ЩЖ, в то время как у женщин без тиреоидных заболеваний они занимают лишь 5 и 6 места.

Нами установлено, что у женщин, имеющих патологию молочных желез, максимальный добавочный риск возможности развития ФКБ (28,95) определялся при наличии заболеваний нервной системы. Одинаковые показатели максимального относительного риска (1,58) определялись у женщин с заболеваниями ЩЖ в возрастной группе 46-60 лет и при наличии патологии нервной системы. Минимальные показатели добавочного и относительного рисков развития ФКБ у женщин, имеющих тиреоидную патологию, выявлены среди пациенток с 1-2 родами в анамнезе (12,15 и 1,21, соответственно). При проведении комплек-

сной оценки риска развития ФКБ у пациенток с тиреоидной патологией необходимо учитывать высокие показатели добавочного и относительного риска при наличии конфликтных ситуаций на работе (21,38; 1,38), стаже работы 5-10 лет (26,27; 1,38), наличии в анамнезе 3-5 абортов (25,67; 1,51), сочетании ФКБ с патологий сердечно-сосудистой системы (21,45; 1,37).

Полученные данные позволяют оптимизировать диагностику ФКБ у женщин с патологией ЩЖ и профилактировать заболевание на доклиническом этапе.

ХАНИН А.Л., ВИКТОРОВА И.Б., ВАРИН А.А.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая туберкулезная больница № 19,
г. Новокузнецк

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ И ФТИЗИАТРИИ – СПОСОБ РЕАЛИЗАЦИИ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОГО НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПРАКТИКУ

В настоящее время в медицине существуют более 80 специальностей. Как показывает практика, взаимодействие врачей, работающих в различных областях медицины, не отлажено. Легочные болезни в значительной степени искусственно разделены между пульмонологами, фтизиатрами, профпатологами, онкологами, торакальными хирургами. Каждый из перечисленных специалистов работает с определенной категорией больных, объединенных по нозологическому принципу или характеру внутригрудных осложнений. Определенную программу лечения и наблюдения у «своего врача» пациент будет иметь только в случае достоверно доказанного диагноза.

Но в подобной системе нет места для широкого круга неясных диагностических больных, пациентов с сочетанной патологией легких. Эти больные «ходят по кругу»: от терапевта к пульмонологу, от пульмонолога к онкологу, к фтизиатру и т.д. Как следствие, даже при наличии новейших методов исследований (биопсийные, эндоскопические, лучевые и т.д.) диагностические ошибки при раке легкого, туберкулезе, пневмониях, диссеминированных заболеваниях легких и поражениях плевры допускаются в 25-80 % случаев. Так появляются некурабельные, неоперабельные, запущенные больные.

Одним из способов преодоления существующего разрыва между достижениями научного прогресса в медицине и реализацией его для конкретного пациента является алгоритмизация лечебно-диагностического процесса. Алгоритм – это программа пошагового решения лечебно-диагностических задач в конкретной клинической ситуации, позволяющая принимать оптимальное решение, основанное на достижениях науки и опыте клинических коллективов.

Кафедрой фтизиопульмонологии НГИУВ разработаны и внедрены алгоритмы действий врача при диссеминированных заболеваниях легких (79 клинических ситуаций), поражениях плевры (49), периферических лимфаденопатиях (26), подозрении на рак легкого (более 100).

Применение алгоритма действий врача при диссеминированных заболеваниях легких (на примере 113 больных) позволило верифицировать диагноз у 88,5 % больных в сроки 18,9 ± 9 дней. Использование лечебно-диагностического алгоритма при поражениях плевры (967 больных) обеспечило верификацию диагноза у 91 % в сроки 10 ± 2 дней. Отработанная в клинике алгоритмизированная система диагностики в 72 % случаев (3170 больных) позволила верифицировать диагноз рака легкого в течение 1-3 дней без госпитализации. Средний срок диагностики рака легкого в условиях стационара составил 7 ± 2 дней.

Таким образом, алгоритмизация лечебно-диагностического процесса во фтизиопульмонологической клинике – это реальный способ интеграции действий врачей различных специальностей, оптимизации лечебно-диагностического процесса и преодоления большинства врачебных ошибок.

ХАНОВА А.Ф., ТАЧКОВА О.А., КОСТИН В.И.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
г. Кемерово

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Развитие эндотелиальной дисфункции у лиц с сахарным диабетом (СД) связано с гипергликемией, инсулинорезистентностью, гиперинсулинемией, дислипидемией.

Цель – оценить функцию эндотелия крупных артерий у лиц с нарушениями углеводного обмена (НУО), артериальной гипертензией и избыточным весом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Диагноз нарушение глюкозы натощак (НГН), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), СД выставлялся в соответствии с критериями ВОЗ 1999 г. У 98 пациентов с НУО, артериальной гипертензией (АГ) и избыточным весом с помощью УЗ-сканера «ACUSON»-128 XP ЛО измеряли толщину интима-медиа (ИМ) сонной артерии, диаметр плечевой артерии в покое; проводили пробы с реактивной гиперемией, нитроглицерином; рассчитывали эндотелий-зависимую (ЭЗВД) и эндотелий-независимую (ЭНЗВД) вазодилатацию. Пациенты с НУО были разделены на 3 группы: НГН (n = 29), НТГ (n = 35), СД (n = 34). Группы сравнения (ГС) составили лица без НУО: ГС-1 – лица с нормальным АД и массой тела (n = 19), ГС-2 – лица с АГ и ожирением (n = 20). Все группы различались только по уровню гликемии. Пациенты с НУО исходно не получали гипотензивных препаратов или препараты отменялись за 10 дней до исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У лиц с впервые выявленным СД толщина ИМ составила 0,8 ± 0,14, НТГ 0,89 ± 0,19, НГН 0,78 ± 0,18, ГС-1 0,72 ± 0,20, ГС-2 0,87 ± 0,28 мм. Различий между группами не было. ЭЗВД составила у пациентов с активно выявленным СД 3,2 ± 2,5, НТГ 3,9 ± 3,0, НГН 9,8 ± 12 %, в ГС-1 14,4 ± 13,5 и ГС-2 6,7 ± 5,9 %. У пациентов с НГН ЭЗВД была больше, чем у пациентов с НТГ ($p < 0,05$) и СД ($p < 0,05$) и не отличалась от ГС-1 ($p > 0,05$). У лиц с СД и НТГ ЭЗВД была меньше, чем в группах сравнения ($p < 0,05$). Группы с НТГ и СД по ЭЗВД между собой не различались ($p > 0,05$).

У лиц с СД и НТГ пол пациентов не влиял на показатель ЭЗВД. Но в группе с НГН показатель ЭЗВД у женщин был ниже (8,2 ± 10,2 %), чем у мужчин (16 ± 12,2 %), $p > 0,05$.

Значимые различия по ЭЗВД были выявлены в трех возрастных группах: у пациентов с НГН в возрасте 40-49, 50-59, 60-69 лет ЭЗВД была больше ($p < 0,05$), чем у пациентов с НТГ и СД. У лиц 40-49 лет с СД ЭЗВД составила 2,9 ± 1,5, НТГ 4,2 ± 2,7, НГН 24,3 ± 12,7 %; у лиц 50-59 лет с СД 2,4 ± 1,6, НТГ 3,5 ± 2,8, НГН 10,5 ± 12,8 %; у лиц 60-69 лет с СД 2,8 ± 6,2, НТГ 4,9 ± 2,3, НГН 11,5 ± 9,2%. В группе 70-79 лет различий по ЭЗВД между пациентами с разными НУО не было; ЭЗВД составила у лиц с СД 4,5 ± 1,4, НТГ 3,8 ± 3,4, НГН 8,7 ± 6,9 %.

Корреляционный анализ выявил отрицательную связь между ЭЗВД и базальной гликемией во всех группах: с НГН $r = -0,599$, НТГ $r = -0,508$, СД $r = -0,497$; $p < 0,05$ во всех случаях; у лиц с СД зарегистрирована отрицательная корреляция со «случайной» гликемией: $r = -0,635$, ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ:

У пациентов с НУО снижение показателей ЭЗВД наблюдается уже при НГН. У лиц 40-69 лет с НГН ЭЗВД больше, чем у лиц с НТГ и активно выявленным СД соответствующего возраста; но пациенты с НГН старше 70 лет не отличаются по ЭЗВД от сверстников с НТГ и СД.

ЦЮРЮПА В.Н, ВИЗИЛО Т.Л., ВЛАСОВА И.В.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Цель исследования – выявление когнитивно-мнестических, нейрофизиологических нарушений у больных бронхиальной астмой (БА).

Обследованы 50 больных БА средней степени тяжести в период обострения в возрасте от 20 до 54 лет (средний возраст 38,5 ± 1,6 лет) и

19 здоровых добровольцев. Длительность заболевания БА не менее 5 лет. Проводилось клиническое, электроэнцефалографическое (ЭЭГ) обследования, нейропсихологическое тестирование. Для выполнения поставленной задачи использовались нейропсихологические тесты: проба Шульте, проба Бурдона, проба на речевую активность, тест оценки слухоречевой памяти, кинетические пробы. Исследование биопотенциалов головного мозга осуществляли с помощью электроэнцефалографа. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартного пакета программ «STATISTIKA 5,5a».

У больных БА выявлено снижение скорости сенсомоторных реакций (по таблицам Шульте) (на 23 %), речевой активности (на 16-26 %), уменьшение свободных ассоциаций (на 26 %), семантических полей (35 %), количества слов при первом, последнем и отсроченном воспроизведении при оценке памяти, замедление скорости выполнения пробы на реципрокную координацию (на 16 %), увеличение времени, затрачиваемого на перебор пальцами (на 19 %). Таким образом, выявлены нарушения внимания, концентрации, умственной работоспособности, памяти и психомоторной функции.

При рутинном анализе ЭЭГ более чем у 80 % больных со среднетяжелым течением БА выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Они включали низкие значения индекса α-ритма (менее 60-80 %) либо полное его отсутствие, высокий (более 15 %) индекс низкоамплитудной полиморфной медленной активности, стертость зональных различий, преобладание высокочастотных ритмов, вспышки, представленные α-, θ-и δ-волнами.

При анализе картограмм выявлено возрастание относительной мощности медленных, высокочастотных ритмов и снижение представленности α-активности. Обнаружено, что спектральная мощность активности α-диапазона ниже во всех отведениях, чем в контрольной группе, однако различия достоверны в теменной области слева и справа, в височной области слева. Практически во всех отведениях выше спектральная мощность θ-, δ- и β-ритмов.

Таким образом, у 97,6 % больных со среднетяжелым течением БА при длительности заболевания более 5 лет выявляются изменения ЦНС в виде снижения умственной работоспособности, нарушения памяти, внимания и концентрации, изменения биоэлектрической активности мозга.

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., КУЗНЕЦОВА О.В.,
ШУМАКОВА Н.В., СОЛОМАТИНА Е.Б., ГРИГОРЬЕВА Е.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Цель – оценить влияние антиангинальных препаратов на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у пожилых пациентов со стабильной стенокардией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 77 пожилых пациентов со стабильной стенокардией, средний возраст 76,5 ± 3,5 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. Пациентам 1 группы (n = 20) проводилась терапия кардикетом 40 мг/сутки. Пациенты 2 группы (n = 35) получали эгилок 25 мг/сутки или атенолол 25 мг/сутки. Пациенты 3 группы (n = 22) принимали амлодипин по 5 мг/сутки. Показатели ВСР исследовались по результатам холтеровского мониторирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все исследуемые пациенты исходно не различались по клиническому статусу. Через 6 месяцев лечения во всех группах достоверно уменьшилось количество приступов стенокардии, количество потребляемых сублингвальных таблеток нитроглицерина. Показатели ВСР в группах исходно достоверно не различались. На фоне 6-месячной терапии антиангинальными препаратами статистически значимое улучшение показателей ВСР отмечено только в группе пожилых пациентов, принимавших β-блокаторы. Так, SDNN в группе β-блокаторов достоверно увеличился на 4,5 ± 0,1 %, SDANN – на 2,3 ± 0,1 % ($p < 0,01$). При этом достоверных различий между пациентами, принимавшими эгилок и атенолол, не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, β-блокаторы способствуют улучшению временных показателей вариабельности сердечного ритма у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца.

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., ШУМАКОВА Н.В.,
КУЗНЕЦОВА О.В., ГРИГОРЬЕВА Е.В., СОЛОМАТИНА Е.Б.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Цель – оценить влияние коморбидной депрессии на качество жизни пожилых пациентов со стабильной стенокардией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 77 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и коморбидными депрессиями. Группу сравнения составили 27 пациентов с ИБС без депрессии. Средний возраст больных составил 76,5 ± 3,5 лет. Оценка качества жизни проводилась при помощи Ноттингемского опросника, психоэмоционального статуса – по шкалам HADS, депрессии Бека (BDI). Все пациенты получали стандартную антиангинальную терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По клиническим параметрам исходно достоверных различий между группами не выявлено. Вместе с тем, выявлены достоверные различия между исследуемой группой и группой сравнения по уровню среднего балла депрессии, который по шкале составил HADS 11 ± 1,8 и 4,6 ± 1,4 баллов, соответственно ($p < 0,001$); по BDI – 31,2 ± 5,9 и 10 ± 3,2 баллов, соответственно ($p < 0,001$). Уровень тревоги по шкале HADS статистически значимо различался между группами и, в среднем, составил 5,74 ± 2,9 и 8,4 ± 2,5 баллов, соответственно ($p < 0,05$). Средний балл качества жизни исходно статистически значимо различался между группами и составил 286,1 ± 87,8 и 116 ± 42,9, соответственно ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ:

Коморбидные депрессивные расстройства у пожилых пациентов со стабильной стенокардией значительно ухудшают качество жизни данных пациентов, а значит, требуют дополнительной коррекции антидепрессантами.

ШЕВЧЕНКО Н.Э., КОСТРОВА Т.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр,
г. Кемерово

ПОЛИОКСИДОНИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Для лечения заболеваний, в генезе которых лежит атопический механизм, нами использовался отечественный иммуномодулятор – полиоксидоний в сочетании с аллерген-специфическим лечением. Аллерген-специфическое лечение имеет преимущества перед другими методами терапии, так как действует не на симптомы заболевания, а изменяет характер механизма реагирования организма на аллерген. Основной механизм аллерген-специфической терапии состоит в перестройке характера иммунного ответа на аллерген, увеличении образования блокирующих антител класса IgG.

Для усиления эффекта антителообразования в классическую схему аллерген-специфической иммунотерапии водно-солевыми экстрактами аллергенов был введен иммуномодулятор полиоксидоний. Полиоксидоний – иммуномодулятор с широким спектром фармакологического действия. В основе механизма его действия лежат прямое влияние на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Под влиянием полиоксидония идет активация клеточного и гуморального иммунитета. При введении препарата с низкими дозами аллергена происходит усиление синтеза антител к данному аллергену.

Проведено лечение аллерген-специфической иммунотерапией в сочетании с полиоксидонием у 37 человек, страдающих поллинозом (28 пациентов) и бытовой сенсибилизацией (9 человек). Средний возраст пролеченных больных составил 36 ± 2,3 лет. Для лабораторного контроля по IgG у данной группы пациентов был проведен трехкратный забор крови до лечения, на фоне аллерген-специфической иммунотерапии аллергеном 1 : 1000 и по окончании лечения на фоне поддерживающих доз 1 : 10 аллергена. Полиоксидоний вводился внутримышечно пять раз через день в дозе 0,003 г в начале лечения на самой низкой степени разведения (1 : 100000 и 1 : 1000000).

Лабораторно отмечался прирост IgG в 1,7-2,2 раза (исходный IgG, в среднем, 13,2). В дальнейшем отмечалось нарастание титра IgG. Так, на фоне введения аллергена в разведении 1 : 1000 титр IgG составил 22,4; на поддерживающей дозе 1 : 10 — от 27,7 до 29,4. При проведении аллерген-специфической иммунотерапии у больных, получивших полиоксидоний, отсутствовали общие реакции организма и не были выражены местные реакции (в месте инъекции папула не превышала в диаметре 1 см). Отмечен положительный эффект аллерген-специфической иммунотерапии за счет усиления синтеза IgG при введении в схему полиоксидония. Следует отметить, что проведение аллерген-специфической иммунотерапии совпало с периодом эпидемии гриппа. Больные, получавшие полиоксидоний, не подверглись инфицированию или перенесли грипп в легкой форме, период заболевания составил два-три дня.

Таким образом, наличие в схеме лечения заболеваний, в генезе которых лежит атопический механизм, полиоксидония позволило повысить иммуногенные свойства аллергена и способность стимулировать синтез специфических IgG-блокирующих антител.

АГАДЖАНЯН К.В., ЯКОВЛЕВА Н.В.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Генитальный эндометриоз является распространенной патологией среди всех заболеваний женской половой сферы.

Цель исследования – повышение эффективности диагностики и лечения больных с генитальным эндометриозом путем использования эндоскопических методов у женщин репродуктивного возраста.

Проведено обследование 128 больных с генитальным эндометриозом в возрасте от 20 до 45 лет. В обследованной группе больных ведущим признаком заболевания явилась хроническая тазовая боль – у 65 % больных, нарушение менструальной функции – у 45 %, боли при половом акте – у 38 %.. Бесплодием страдали 70 % женщин, из них первичное бесплодие отмечалось у 60 % (44 пациентки), вторичное – у 40 % (30).

Выбор метода лечения пациенток с генитальным эндометриозом зависел от возраста женщины, желания сохранить репродуктивную функцию, степени тяжести эндометриоза, клинических проявлений заболевания. Оперативное лечение эндометриоза проведено 128 больным, лапароскопическим доступом. Гистероскопия проведена 99 больным.

Проведены следующие оперативные вмешательства: цистэктомия и резекция яичников – у 31 пациентки (37 %), овариоэктомия – у 4 (5 %), резекция и коагуляция очагов эндометриоза на брюшине, кресцово-маточных связках – у 58 (70 %), гистерэктомия – у 3 (4 %), рассечение спаек проводилось у большинства пациенток с эндометриозом.

При гистероскопии у пациенток с аденомиозом выявлены неравномерность контуров матки, скалистый рисунок стенок, не исчезающий после удаления функционального слоя, кровоточащие устья эндометриоидных ходов. При лапароскопии у пациенток с генитальным эндометриозом эндометриоидные гетеротопии чаще всего располагались на брюшине позадиматочного углубления, кресцово-маточных связках, яичниках. Внешний вид гетеротопий был крайне разнообразный: классические синюшные глазки, белесоватые или желтоватые пятна, звездчатые рубцы, красные очаги. Часто выявлялись дефекты брюшины позадиматочного пространства. В сомнительных случаях проводили термо-цветовой тест Земма, при котором бледные или малозаметные очаги окрашивались в коричневый цвет.

Помимо выявления очагов эндометриоза, лапароскопия позволила оценить его степень тяжести, выраженность спаечного процесса в полости малого таза, определить дальнейшую тактику ведения пациенток, а также выполнить хирургическое вмешательство. При распространенных формах заболевания, высоком риске рецидива, а также при сочетании наружного и внутреннего эндометриоза, или только аденомиозе использовали гормональную терапию.

Таким образом, эндоскопия значительно повышает эффективность диагностики и лечения генитального эндометриоза: позволяет выявить не только очаги эндометриоза на матке, яичниках, в позадиматочном углублении, но и оценить степень тяжести эндометриоза, выраженность спаечного процесса в полости малого таза, который практически всегда сопутствует наружному генитальному эндометриозу, а также провести хирургическое вмешательство.

БАРИНОВА Е.В., ХРОМОВА Н.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Гнойно-септическая заболеваемость (ГСЗ) новорожденных и родильниц остается одной из острейших проблем в современном акушерстве. По данным различных авторов, уровни ГСЗ колеблются в самых широких пределах: от 1-1,5 % по данным официальной статистики, до 15-30 % по данным выборочных эпидемиологических исследований. В настоящей работе мы приводим данные ГСЗ новорожденных и родильниц период 2000-2004 гг. и факторы, влияющие на частоту возникновения ГСЗ в родильном доме.

Гнойно-септическая заболеваемость родильниц в родильном доме № 1 колеблется от 7,8 % в 2000 г. до 3,7 % в 2004 г. Внутрибольничная заболеваемость родильниц сохраняется на стабильном уров-

не (от 2,5 % в 2001 г. до 0,7 % в 2004 г.), отсутствуют «большие» формы ГСЗ (несостоятельность швов на матке после операции «кесарево сечение», послеродовый сепсис).

ГСЗ среди новорожденных в 2000-2005 гг. колебалась в пределах 15,1-23,9 %, внутрибольничные ГСЗ новорожденных – 1,4-5,1 %. Заслуживает внимания тот факт, что с 2002 года у новорожденных отсутствуют осложнения со стороны пупочной ранки.

Можно отметить ряд факторов, способствовавших снижению уровня ГСЗ в родильном доме № 1: использование индивидуальных разовых укладок для осмотра новорожденных; применение перчаток при уходе за новорожденными; использование бактериофагов и биопрепаратов в лечении и профилактике ГСЗ; чередование дезинфицирующих средств, контроль соблюдения стерильности жидких лекарственных форм, предметов ухода за детьми, инструментария; раннее прикладывание новорожденных к груди; внедрение в работе родильного дома принципа «мать и дитя».

Таким образом, за наблюдаемый период вспышечной заболеваемости не регистрировалось, эпидемиологическую обстановку можно характеризовать как стабильную.

БАРИНОВА Е.В., ХРОМОВА Н.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

КОРЕВАЯ КРАСНУХА КАК ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Коревая краснуха распространена во всех странах мира, встречаясь как в виде спорадических случаев, так и эпидемических вспышек. Коревая краснуха наиболее актуальна как внутрибольничная инфекция для детских и акушерских стационаров. При заражении краснухой во время беременности отмечаются грубые пороки развития, мертворождения, висцеральная патология. Восприимчивость к краснухе достаточно высока, индекс контагиозности приближается к 1. Нам показалось интересным опубликовать наш опыт противоэпидемической работы с этой инфекцией в условиях акушерского стационара.

В 2005 году в г. Кемерово наблюдался подъем заболеваемости коревой краснухой. Случаи болезни стали регистрироваться и в родильных домах города. В родильном доме № 1 первый случай заболевания был выявлен 5 мая 2005 года на кафедре акушерства и гинекологии № 2 у одного из студентов, который, начиная с 23 апреля 2005 года, осуществлял курацию беременных разного срока гестации в отделении патологии беременных. Выяснилось, что в контакте с ним были 38 беременных, из них четверо первого триместра беременности, не болевшие коревой краснухой, и практически весь медицинский персонал.

Алгоритм действий медицинского персонала при заносе коревой краснухи регламентируется С.П.3.1.2.1176-02 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита». Согласно данному нормативному документу, основными мероприятиями в очаге инфекции являются своевременное выявление больных и их изоляция, выявление лиц, незащищенных от краснухи, и их вакцинация. В связи с этим, были приняты следующие меры: поставлены в известность руководитель ТУ Роспотребнадзор по Кемеровской области и главный врач ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»; на месте организованы дезинфекционные мероприятия, УФО облучение палат и проветривание.

В день выявления заболевания студенты и сотрудники кафедры, не болевшие и не привитые против коревой краснухи, были отстранены от курации пациенток роддома и гинекологии с целью предотвращения новых случаев заболевания. За контактными женщинами и медицинским персоналом установлено наблюдение на время инкубационного периода; в отделении патологии беременных ограничен прием женщин, не болевших коревой краснухой и не привитых против нее.

Однако 24 мая 2005 года был выявлен новый случай инфекции у врача-терапевта роддома. Необходимо отметить, что терапевт до 23 мая включительно проводила курацию пациенток роддома, а также контактировала со всем медицинским персоналом роддома. Таким образом, очаг инфекции еще более расширился. В связи с этим, приобретены тест-системы для определения антител классов M и G к краснухе и на базе собственной бактериологической лаборатории проведено серологическое обследование контактных пациенток, а также медицинского персонала род. дома.

Всего были обследованы 195 сотрудников, выявлено серонегативных 22 человека. Из числа пациенток обследовано 16 человек, серонегативных 2, в позднем сроке беременности. Для медицинского персонала были организованы и проведены профилактические прививки. Среди пациенток акушерской клиники новых случаев заболеваний не наблюдалось. Среди сотрудников пере-

болела санитарка родового отделения, заразившись в домашнем очаге.

Анализируя вышесказанное, хотим заметить, что при заносе в стационар подобных высококонтагиозных инфекций необходимы весьма активные меры и четкий алгоритм действий. Только в этом случае удается локализовать очаг болезни и предотвратить вспышечную заболеваемость.

БРЫЗГАЛИНА С.М., ПАНТЕЛЕЕВА В.И., ШАХВОРОСТ Н.П.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Проблема материнства у женщин, страдающих сахарным диабетом, окончательно не решена, несмотря на достигнутые успехи акушерской диабетологии. Диабет и беременность оказывают друг на друга отрицательное влияние. Особенно неблагоприятно действие СД у матери на внутриутробное развитие плода, нередко приводящего к формированию пороков развития или его гибели.

Под нашим наблюдением находились 11 женщин в возрасте от 19 до 31 года. Сахарный диабет 1 типа диагностирован у 10 человек, 2 типа – у 1 женщины. По степени тяжести заболевания больные распределились следующим образом: легкая степень – 1 человек, средняя – 5 пациенток, тяжелая форма – 5 женщин. У 7 беременных определены осложнения: диабетическая ретинопатия – 6 человек, нефропатия – 7 женщин, нейропатия – 6 пациенток. Ожирение имело место у 4-х женщин. Консультацию эндокринолога до зачатия получили 7 больных.

Все женщины во время беременности получали инсулинотерапию от 20 до 56 единиц в режиме многократных инъекций. Эндокринолог наблюдал женщин до 28 недель беременности 2 раза в неделю, после 28-й – еженедельно. При выявлении декомпенсации – госпитализация в эндокринологический кабинет. Кроме того, в плановом порядке женщины госпитализировались при выявлении беременности, в период 20-24 недели и в срок 29-32 недели.

При контроле за беременностью женщин, страдающих сахарным диабетом, большое значение придается санитарному просвещению – беременная должна знать, что основным (хотя и не единственным) фактором, влияющим на аномалии развития плода, является гипергликемия матери.

Аномалии развития плода – одно из серьезных нарушений, вызывающих перинатальную заболеваемость и смертность. Сейчас известно, что хороший контроль за беременностью больной диабетом в первые три месяца позволяет уменьшить число этих аномалий. Это означает, что больные сахарным диабетом, планирующие беременность, должны быть проинформированы о важности такого контроля накануне зачатия и в течение первых 8 недель, когда происходит органогенез эмбриона.

У наших больных идеальной компенсации удалось добиться у 7 женщин. Риск позднего токсикоза, острого многоводия, преждевременной родовой деятельности при сахарном диабете существенно снижается при хорошем контроле беременности. Тем не менее, опасность макросомического развития плода и редких случаев поздней внутриутробной смерти сохраняется.

Поздний токсикоз беременных диагностирован в 3-х случаях, многоводие – у 3-х женщин, макросомия плода выявлена в 2-х случаях. У 4-х больных родовая деятельность началась самопроизвольно, преждевременные роды имели место у 2-х женщин. Кесарево сечение до начала родовой деятельности выполнено 6 женщинам по следующим показаниям: макросомия плода, неправильное предлежание плода, диабетическая нефропатия.

Успешное течение беременности при диабете возможно при условии способности больной контролировать гликемию, согласованных действиях акушера и диабетолога при решении акушерских и диабетических проблем. Консультации до зачатия существенно помогают избежать опасность возникновения аномалии развития плода, однако избежать их полностью до сих пор не удается.

ГРИГОРЬЕВА О.В., ГУСАИМОВА М.Ю., ОРЛОВА Е.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СОПУСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

В настоящий момент остается актуальной проблема патологии мочевыделительной системы во время беременности, так как занимает второе место среди экстрагенитальных заболеваний, составляя, в среднем, 7 %. Актуальность экстрагенитальной патологии мочевыделительной системы обусловлена возможностью обострения с развитием гнойного пиелонефрита, почечной недостаточности; усугублением фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода. В конечном итоге, все выше перечисленное приводит к угрозе прерывания беременности, утяжелению гестоза, осложнениям в родах (Серов В.Н. и соавт., 1989; Гилязутдинова З.Ш. и соавт., 1998).

Цель исследования – определить пути оптимизации ведения беременности при сопутствующей патологии мочевыводящих путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В специализированной женской консультации «Леди-центр» за период 2003-2005 гг. под наблюдением находились 12 беременных с экстрагенитальной патологией мочевыделительной системы в возрасте 23-32 лет (средний возраст 26,5 ± 4,9 лет). Всех женщин обследовали при взятии на учет в объеме общеклинических методов исследования (общий анализ крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи), определения функции почек с помощью пробы Реберга, азотемических показателей. Ультразвуковое исследование проводилось с целью получения объективной информации об анатомии почек и мочевыводящих путей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У обследуемых беременных определена патология в виде хронического пиелонефрита у 8 чел. (66,7%), мочекаменной болезни – у 3 (25 %), единственной почки – у 2 (16,6 %), удвоения мочеточника у 1 чел. (8,3 %), нефроптоза II степени у одной женщины (8,3 %). Сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний наблюдали у 9 беременных (75 %).

В качестве профилактических мер в нашей консультации принята следующая последовательность действий. Всем беременным рекомендуется диета с учетом характера экстрагенитальной патологии (ограничение солей, острых блюд и т.д.), позиционная терапия, фитосборы с эффектом уросептиков, санация хронических очагов инфекции (осмотр ЛОР-врача, стоматолога, дерматолога). При появлении признаков воспалительного процесса, болевого синдрома и бактериурии в сроке до 20-22 недель показана госпитализация в урологический стационар. При появлении описанных выше симптомов, а также клиники гестоза или ухудшении состояния плода (гипоксия, гипотрофия), проводится госпитализация в отделение патологии беременных родильного дома. Отмечено, что чаще обострение пиелонефрита и почечная колика происходят на 18-22 неделе беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременных с патологией мочевыделительной системы необходимо включать в группу максимально высокого акушерского и перинатального риска. Наивысший акушерский и перинатальный риск имеют беременные с одной почкой. Неблагоприятный исход родов можно предположить у женщин в возрасте старше 25 лет с осложненным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом. Обязательным является совместное ведение подобной категории беременных с терапевтом, урологом и нефрологом.

ГРИГОРЬЕВА О.В., ГУСАИМОВА М.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ПЕРИНАТАЛ» ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Рациональное питание женщины во время беременности определяет как ее собственное здоровье, так и полноценное развитие и здоровье будущего ребенка. Особая роль в этом принадлежит витаминам. Организм матери во время беременности является единственным источ-

ником витаминов и других пищевых веществ для плода.

Беременность, роды, послеродовой период – состояния, при которых повышается потребность во многих питательных веществах, в том числе витаминах и микроэлементах (Хотимченко С.А. и соавт., 1999). Известно, что снижение обеспеченности витаминами и микроэлементами у беременных женщин влияет на возникновение ряда осложнений гестационного периода: ранний токсикоз, анемия, невынашивание беременности, преждевременные роды, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода. По данным экспертов ВОЗ, до 80 % беременных страдают анемией (витамины С, В2 влияют на всасывание и транспорт железа, в синтезе гема участвует витамин B_{12}, в созревании эритроцита – витамин B_6).

Многочисленными исследованиями доказано, что дефицит витаминов и микроэлементов у беременных и лактирующих женщин отрицательно сказывается на показателях роста, нервно-психического развития детей и их матерей. Даже самая оптимальная диета не всегда может обеспечить полный набор компонентов, необходимых для правильного развития будущего ребенка и сохранения здоровья матери. Обнаружение полигиповитаминозных состояний диктует необходимость дополнительной витаминизации.

Усвоение витаминов из препаратов зачастую выше, чем из продуктов, в которых они находятся в связанной форме. Профилактика витаминной недостаточности у беременных женщин направлена на обеспечение полного соответствия между потребностями в витаминах и их поступлением с пищей. Наиболее часто используются поливитаминные комплексы с микроэлементами.

В специализированной женской консультации за период 2004-2005 гг. получали витаминно-минеральный комплекс «Перинатал» 45 беременных. Средний возраст женщин составил 26,1 лет, из них первородящие – 35 человек (77,8 %), повторнородящие – 10 (22,2 %). Все беременности протекали с осложнениями: гестоз ранний – 1, поздний – 7 (17,8 %), гестационный пиелонефрит – 6 (13,3 %), артериальная гипертония – 2 (4,4 %), анемия беременных – 19 (42,2 %), хронические очаги инфекций – 45 (100 %), нейроциркуляторная дистония – 24 (53,3 %), хроническая гипоксия плода – 43 (95,6 %), кольпит во время беременности – 6 (17,8 %).

На фоне приема препарата «Перинатал» вышеуказанные осложнения протекали в легкой форме и поддавались симптоматической терапии. Роды у всех беременных произошли в срок. Родоразрешение путем кесарева сечения проведено у 10 женщин (22,2 %), в основном по акушерским показаниям (рубец на матке, тазовое предлежание плода в сочетании с крупным плодом, начавшаяся отслойка нормально расположенной плаценты).

Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар: 6-7 баллов в одном случае (2 %), 7-7 баллов так же в одном случае (2 %), 7-8 баллов у 17 детей (37,8 %), 8-8 баллов у 12 (26 %), 8-9 баллов у 5 (11,1 %). Послеродовый период протекал гладко. Все женщины выписаны домой с детьми на 5-8 сутки после самостоятельных родов и оперативных родов, соответственно.

Анализируя данные назначения поливитаминно-минерального комплекса «Перинатал», можно сделать вывод о том, что прием указанного препарата позволяет снизить частоту осложнений во время беременности и в родах. Показателем положительного влияния явился высокий процент рождения детей с более высокой оценкой по шкале Апгар и отсутствие осложнений в послеродовом периоде родильниц.

ДЕМЬЯНОВА Т.Н., ЕЛГИНА С.И., ГОЛИКОВ Г.Я.,
БОГДАНОВА Н.Л., ПЕРЕДЕЛКИНА О.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В последнее десятилетие отмечена стойкая тенденция роста частоты эктопической беременности, что связано с увеличением количества факторов, способствующих возникновению данной патологии: ростом воспалительных заболеваний половых органов, внутриматочной контрацепции, генитальным инфантилизмом. Основным методом лечения трубной беременности является операционный. Приоритетным считается использование эндохирургического лечения, однако при массивной кровопотере, выраженном спаечном процессе методом выбора остается традиционный – лапаротомия.

Во всех случаях актуальным является профилактика спайкообразования, а при сохранении маточной трубы – полноценная регенерация и восстановление проходимости оперированного сегмента. В качестве перспективного метода профилак-

тики спаечного процесса, по нашему мнению, могут быть использованы методы экстракорпоральной гемокоррекции, включающие УФОК, плазмоферез и инкубацию клеточной массы.

В гинекологическом отделении за период 2000-2004 гг. пролечены 472 больных с внематочной беременностью, что составляет 4,8 % от всех больных, госпитализируемых в отделение. Лапаротомно прооперированы 293 (62,1 %), эндоскопическим методом – 179 (37,9 %). За последний год отмечена тенденция к увеличению эндоскопических операций при эктопической беременности – 63,2 % и органосохраняющих операций на трубах – 11,9 %.

Взяты под наблюдение 50 пациенток с невыполненной репродуктивной функцией, перенесших операцию по поводу внематочной беременности, причем у 8 (16 %), в анамнезе уже было оперативное лечение по поводу трубной беременности. 20 женщин изучаемой группы (40 %) оперированы лапароторным доступом (у 19 из них произведена сальпингоэктомия, в одном случае – органосохраняющая операция). Эндохирургическое лечение проведено 30-ти пациенткам (при этом в 60 % выполнена туботомия с удалением плодного яйца, у 12 женщин (40 %) маточная труба удалена). В 40 % случаев имелся спаечный процесс в малом тазу и оставшейся маточной трубе.

В раннем послеоперационном периоде в качестве реабилитационной терапии использовались экстракорпоральные методы гемокоррекции в сочетании с физиотерапевтическими процедурами. В дальнейшем всем больным рекомендовано проведение реабилитационной терапии в условиях женской консультации с контрольной гистеросальпигографией через 3 месяца. Изучены отдаленные результаты: у 15 женщин (30 %) из исследуемой группы наступила беременность, 4 из них в настоящее время успешно родоразрешены, 1 – прервала беременность по желанию, остальные вынашивают беременность. У 2 пациенток возникла повторная внематочная беременность. По результатам гистеросальпингографии 10 женщинам рекомендованы реконструктивные операции на маточных трубах, 5 из них прооперированны, в настоящее время у 3-х наступила беременность.

В группе больных (8 женщин) с единственной маточной трубой, у которых выполнены органосохраняющие операции, у 4 – маточная труба проходима, у 2-х женщин наступила беременность, причем в 1 случае – после двух органосохраняющих операций по поводу внематочной беременности, в 1 случае возникла повторная трубная беременность (вновь выполнена органосохраняющая операция, по контрольной гистеросальпингографии – труба проходима).

Таким образом, применение экстракорпоральных методов гемокоррекции можно считать перспективным в плане реабилитации и сохранения репродуктивной функции у женщин, оперированных по поводу эктопической беременности.

ДУБОВАЯ О.Ю., ИВАННИКОВА О.Э., СКАКУН О.А., РОМАСЮК А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Сифилитическая пузырчатка относится к наиболее тяжелым и неблагоприятным в прогностическом отношении симптомам раннего врожденного сифилиса. Сифилитическая пузырчатка существует при рождении ребенка или появляется в течение первой недели жизни. Встречаемость данного вида клинических проявлений раннего врожденного сифилиса крайне редкая.

Первичным морфологическим элементом кожной сыпи является напряженный пузырь, диаметром 1-5 см, заполненный серозным или серозно-гнойным, иногда геморрагическим, содержимым. Пузыри развиваются на инфильтрированном основании, окружены узкой, буровато-красной каймой. Постоянно отмечаются на ладонях и подошвах. Тенденции к периферическому росту и слиянию нет. Ввиду редкой встречаемости, приводим описание нашего наблюдения пузырчатки. В отделении новорожденных МУЗ Городской клинической больницы № 3 за период 2004 года наблюдался один случай сифилитической пузырчатки.

Новорожденный Н., находился в отделении с диагнозом «Сифилис ранний врожденный манифестный: специфическая пузырчатка, инфильтрация подошв, специфический остеохондрит 3 ст., псевдопаралич Парро, гепатоспленомегалия, недоношенность 3ст.».

Ребенок рожден от матери, болеющей ранним скрытым сифилисом. Диагноз выставлен при сроке беременности 28-29 недель, специфическое лечение начато при сроке беременности 32 недели, проводилось в стационаре ГКВД. В связи с развитием родовой деятельности, женщина переведена в родильный дом при сроке беременности 34 недели.

При рождении у ребенка на коже множественные пузыри, с мутным, серозно-гнойным содер-

жимым, типичные для сифилитической пузырчатки, инфильтрация подошв. При осмотре выявлены гепатоспленомегалия, псевдопаралич Парро. На рентгенограмме длинных трубчатых костей остеохондриты 3 степени. Серологические реакции с кровью и ликвором новорожденного резко положительные, качественные и количественные тесты превышают материнские. Консультации офтальмолога, ЛОР-врача патологию не выявили.

При гистологическом исследовании плацентки обнаружены специфические для данной патологии абсцессы в ворсинках, пери- и эндартерииты, периваскулиты, преимущественно в пупочной вене.

Ребенку проведено лечение по схеме раннего врожденного сифилиса. Причинами развития данного случая заболевания являются несвоевременное обращение женщины за медицинской помощью, уклонение от обследования на сифилис.

ЕГОРКИНА Ю.В.
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Вынашивание беременности и родоразрешение у женщин, не достигших 18 лет, является серьезной медико-социальной проблемой, поскольку число осложнений беременности и родов у них может быть значительно выше, чем у взрослых рожениц (Гончарова Г.Н. и др., 2000; Гуркин Ю.А., 2000).

Цель работы – изучить особенности течения беременности и родов у юных женщин с различным уровнем тревожности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследованы течение беременности и родов у 40 женщин в возрасте 15-18 лет. Всем беременным проведено общеклиническое обследование, а также тестирование по методике Спилберга-Ханина (шкалы реактивной и личностной тревожности), уровню невротизации, рисуночному тесту.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В зависимости от уровня тревожности, все беременные разделены на три группы: I – низкая тревожность, 6 случаев: беременность была не планируемой, не желанной (количество баллов ниже 30), II – умеренная тревожность, 11 случаев: беременность была планируемой, желанной (количество баллов 31-45), III – высокая тревожность, 23 случая: беременность была не планируемой, но желанной (количество баллов 46 и более).

Во время беременности у юных женщин встретились следующие осложнения (показатели даны в целом и по группам). Ранний токсикоз 6 – 15 % случаев (I группа – 2 – 33,3 %, III – 4 – 17,4 %); угроза прерывания 29 – 72,5 % (I – 5 – 83,5%, II – 5 – 45 %, III – 18 – 78,2 %); анемия 28 – 70 % (II – 6 – 54,5 %, III – 22 – 95,6 %); пиелонефрит 13 – 32,5 % (I – 2 – 33,3 %, II – 4 – 36,4 %, III – 7 – 30,4 %); поздний токсикоз 15 – 37,5 % (II – 2 – 18 %, III – 13 – 56,5 %); ХФПН с ВЗРП – 4 – 66,6 %, все в I группе; ХФПН с ХВГП 16 – 40 % (II – 2 – 18 %, III – 14 – 60,8 %).

Беременность закончилась срочными родами в 35 случаях (87,5 %) (I группа – 4 – 66,5%, II – 10 – 90,9 %, III – 21 – 91,3 %); преждевременными в 2 (5 %) в I группе; запоздалыми в 3 (7,5 %) (II – 1 – 9 %, III – 2 – 8,6%). Родоразрешены путем кесарева сечения 5 женщин (12,5 %) (II – 2 – 18 %, III – 3 – 13 %). Показанием к оперативному родоразрешению явилось: анатомически и клинически узкий таз, упорная слабость родовых сил. Продолжительность родов у рожениц I группы колебалась в пределах 5-7 часов, во II – 6-8 часов, в III – 12,5 часов.

Роды осложнились в 25 случаях (62,5 %): I группа – дородовым излитием вод у 3 – 50 %, стремительными родами у 1 – 16,6 %; II – стремительными родами у 1 – 9 %, клинически узким тазом у 1 – 9 %, вторичной слабостью у 2 – 18,2 %; III группа – дородовым излитием вод у 4 – 17,5 %, слабостью родовых сил у 6 – 26 %, дискоординацией родовой деятельности у 7 – 30,5 %.

Антенатальная гибель плода отмечена в 1 случае (2,5 %), врожденная патология новорожденных в 2-х (5 %) у женщин III группы. Состояние новорожденных в целом было удовлетворительным. Оценка по шкале Апгар, в среднем, составила 7-8 баллов. Отказались от детей 5 женщин (12,5 %) (I группа – 2 – 33,5 %, III группа – 3 – 13 %).

Таким образом, наши предварительные данные указывают на то, что юные беременные являются группой повышенного риска акушерской и перинатальной патологии, что особенно характерно для женщин с повышенным уровнем тревожности.

ЗАХАРОВ И.С., ГРИГОРУК Н.П., МОЗЕС В.Г., МАЛЬЦЕВА И.А., НАРОЛЕНКО Л.И., НОСКОВА В.А., ПЕРЕДЕЛКИНА В.Н., ОРЛОВА Е.Н., РУДАЕВА Е.В., ВЕНИДИКТОВА Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Хронический миелолейкоз является опухолью, возникающей из ранних клеток – предшественниц миелопоэза. Клеточным субстратом являются, в основном, гранулоциты. Беременность и хронический миелолейкоз оказывают взаимное отягощающее действие. При данном заболевании отмечается высокая перинатальная смертность (до 16-34 %). Таким образом, беременность при данном заболевании противопоказана. В связи с этим, клинический интерес представляет случай беременности и родов у женщины, отказавшейся от прерывания по поводу хронического миелолейкоза.

Беременная У., 28 лет, поступила в отделение патологии беременных родильного дома № 1 15.12.2004 г. с диагнозом: Беременность 37-38 недель. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Миелолейкоз (хроническое течение). Хроническая фето-плацентарная недостаточность. Хроническая гипоксия плода.

Данная беременность вторая. По поводу настоящей беременности обратилась в женскую консультацию в сроке 19-20 недель. Первый триместр беременности протекал на фоне раннего токсикоза легкой степени тяжести. В сроке 22 недель беременности выявлен миелолейкоз. В общем анализе крови: эритроциты – 3,3 х 10^{12}/л, гемоглобин – 100 г/л, ретикулоциты – 11 ‰, лейкоциты – 195 х 10^{9}/л (бластные клетки – 5 %, эозинофилы – 3 %, миелоциты – 18 %, юные – 10 %, палочкоядерные – 14 %, сегментоядерные – 45 %, лимфоциты – 3 %, моноциты – 2 %), тромбоциты – 396 х 10^{9}/л, СОЭ – 38 мм/час. Проведена стернальная пункция: гиперклеточный полиморфизм, гиперплазия белого ростка, задержка созревания нейтрофилов на стадии миелоцитов (34,2 %), эритроцитарный росток угнетен, задержка гемоглобинизации, мегакариоцитарный росток раздражен. При УЗИ выявлена спленомегалия (160 х 60 мм). От прерывания беременности женщина отказалась. Лечение проводилось совместно с гематологом.

Во время беременности (вплоть до родоразрешения) женщина принимала препарат гидроксимочевины, одновременно проводился лейкоцитоферез. На фоне проводимой терапии отмечались изменения со стороны показателей крови. Общий анализ крови от 1.10.2004 г. (при сроке беременности 27-28 недель): эритроциты – 3,9 х 10^{12}/л, гемоглобин – 103 г/л, ретикулоциты – 26 ‰, лейкоциты – 20 х 10^{9}/л (базофилы – 6 %, эозинофилы – 1 %, миелоциты – 11 %, юные – 3,5 %, палочкоядерные – 6,5 %, сегментоядерные – 64,5 %, лимфоциты – 6 %, моноциты – 1 %, бластные клетки – 0,5 %), тромбоциты – 488 х 10^{9}/л.

При поступлении в стационар (15.12.2004 г. при сроке беременности 37-38 недель) выявлено: лейкоцитоз от 19 х 10^{9}/л до 40 х 10^{9}/л, сдвиг лейкоцитарной формулы до промиелоцитов 1 %, тромбоцитоз 385 х 10^{9}/л. Учитывая наличие соматической патологии, решено провести программированные роды.

С целью профилактики инфицирования, как до родов, так в послеродовом периоде, использовались цефалоспорины III поколения. Во время родов, с целью формирования адекватного гемостаза, поведено переливание свежей замороженной плазмы. 27.12.2004 г. произошли срочные роды. Родился мальчик массой 2930 г, длиной 52 см, с оценкой 7/7 баллов. Общая кровопотеря – 200 мл. Учитывая прием цитостатического препарата, лактация была искусственно подавлена. Женщина выписана домой с ребенком на 7 сутки послеродового периода.

ИЛЕНКО Е.В., АРТЫМУК Н.В., МАГАРИЛЛ Ю.А., ОГОРОДНИКОВА Т.Н., БЕЛОВ Е.А., ГОЛУБЕВА И.М., ШАКИРОВА Е.А., ПОПОВ П.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский областной клинический онкологический диспансер,
МУЗ Городская больница № 11,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

В последние два десятилетия в большинстве стран мира наблюдается неуклонный и весьма интенсивный рост заболеваемости раком эндометрия (РЭ) (Вишневская Е.Е., 2003). Распространенность этого заболевания в Кемеровской области за последние 5 лет составила 8,6-10,4 случаев на 100000 населения (Белов Е.А., Магарилл Ю.А., 2004). Известно, что одним из факторов, предрасполагающих к развитию РЭ, являются нейроэндокринные нарушения (Серов В.Н., 1995). Гормонально-метаболические расстройства при данном заболевании не могут не отразиться на особенностях течения РЭ.

Цель работы – изучение особенностей рака эндометрия у женщин с гипоталамическим синдромом.

Обследованы 115 женщин с раком эндометрия, получавшие лечение в гинекологическом отделении Кемеровского областного клинического онкологического диспансера. Основную (1-ю) группу составили 78 пациенток с ГС, во 2-ю группу вошли 37 пациенток без нейроэндокринных расстройств. Средний возраст составил 56,2 ± 10 лет и 52,2 ± 10 лет, соответственно ($p = 0,072$). Индекс массы тела (ИМТ) у женщин 1-й группы составил 37,4 ± 4,3 кг/м^2, что достоверно выше, чем у женщин 2-й группы (25,8 ± 3,6 кг/м^2, $p = 0,001$).

В структуре соматических заболеваний у пациенток 1-й группы преобладали артериальная гипертензия (76 %), сахарный диабет (19,2 %), ишемическая болезнь сердца (40 %). Во 2-й группе указанные заболевания встречались в 46,2 %, 9,4 %, 21,8 % случаев ($p = 0,002$, $p = 0,05$, $p = 0,001$), соответственно. Миомой матки страдали 20 пациенток 1-й группы (25,6 %) и 5 пациенток 2-й (11,8 %, $p < 0,05$), хроническими заболеваниями гениталий – 18,8 % и 19,5 % ($p = 0,002$), заболеваниями шейки матки – 25,8 % и 25,6 % ($p > 0,05$).

ГПЭ в анамнезе имелась у 13,8 % и 1,8 % женщин ($p < 0,05$). Менопауза у пациенток 1-й группы наступила в возрасте от 29 до 58 лет, в среднем, в 50,3 ± 4,5 лет, во 2-й группе – в 51,4 ± 2,8 лет ($p = 0,182$). Обращает на себя внимание высокая частота у больных гипоталамическим синдромом как ранней (8,7 %), так и поздней менопаузы (8,3 %). Продолжительность постменопаузы в обеих группах составила, соответственно, 10,8 ± 7,4 лет и 6,3 ± 5,6 лет ($p = 0,002$).

Основными клиническими проявлениями заболевания в обеих группах были кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе, которые отмечались у 52 женщин 1-й и у 27 женщин 2-й группы. Менорргия наблюдалась у 23,3 % и 26,7 % ($p > 0,05$), метроррагия – у 12 % и 14,6 % больных ($p > 0,05$). Другими проявлениями заболевания у 12,5 % и 11,5 % пациенток из обеих групп было наличие схваткообразных или постоянных болей внизу живота в сочетании с мажущими кровянистыми выделениями из половых путей.

По результатам гистологического исследования, высоко дифференцированная аденокарцинома эндометрия выявлена у 18 женщин 1-й группы (24,5 %) и у 8 женщин 2-й группы (23,8 %) ($p < 0,05$), умеренно дифференцированная аденокарцинома – у 52 (67,5 %) и 22 (60,3 %) ($p < 0,05$), низко дифференцированная – у 4 (5,1 %) и 5 (13,5 %) ($p < 0,05$), соответственно. Текамотоз яичников обнаружен у 25,6 % женщин 1-й группы и у 32,4 % женщин 2-й группы.

Таким образом, результаты исследования показали, что РЭ у женщин с ГС имеет особенности, характеризующиеся высокой частотой возникновения РЭ в репродуктивном и старческом возрасте, сочетанием с миомой матки, преобладанием высоко и умеренно дифференцированных форм.

КАРЕЛИНА О.Б., АРТЫМУК Н.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РОЛЬ ЛЕПТИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Полноценное функционирование фетоплацентарного комплекса обеспечивает нормальное течение беременности, рост и развитие плода. Состояние фетоплацентарного комплекса во многом определяется плацентарными гормонами. Лептин представляет собой белковый гормон, секретируемый адипоцитами жировой ткани, костного мозга, зародышевыми тканями сердца, кости и клетками амниона, а во время беременности – трофобластом плаценты.

Цель исследования – установить роль лептина в прогнозировании перинатальных исходов у женщин с гипоталамическим синдромом.

Определение уровня лептина проводилось иммуноферментным методом при помощи стандартных наборов «DSL» в сыворотке крови беременных женщин с доношенным сроком беременности и в сыворотке пуповинной крови. Проведено обследование 25 пациенток с доношенным сроком беременности, страдающих гипоталамическим синдромом и 25 их новорожденных детей. Средний возраст обследованных женщин составил 26,3 ± 1,1 лет, масса тела – 91,9 ± 2,8 кг. Почти у всех пациенток беременность протекала с явлениями гестоза и фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, а течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод у 24 % женщин, аномалиями родовой деятельности – у 52 % пациенток. Средняя масса тела новорожденных составила 3502,3 ± 109,9 г. Оценка детей по шкале Апгар составила 6,9 ± 0,7 баллов.

Уровень лептина в сыворотке крови беременных женщин с гипоталамическим синдромом составил, в среднем, 76,3 ± 4,3 нг/мл. При этом наиболее высокое содержание лептина наблюдалось у беременных с III степенью ожирения. Выявлена прямая статистически значимая корреляционная зависимость умеренной силы между содержанием лептина в сыворотке крови беременной и ее массой тела ($r = 0,53$; $p = 0,005$), а также обратная зависимость между уровнем лептина в сыворотке крови матери и состоянием детей при рождении ($r = -0,39$; $p = 0,05$).

Следует отметить, что наиболее высокие показатели лептина (от 72,9 до 71,5 нг/мл) были определены у новорожденных с оценкой 8-9 баллов по шкале Апгар и нормальными значениями массы тела при рождении; беременность и роды у матерей этих новорожденных протекали без патологии. В то же время, самые низкие показатели лептина (от 2,3 до 6,4 нг/мл) определялись у новорожденных с низкой оценкой по шкале Апгар при рождении (5-7 баллов), массой тела менее 3000 г (2830-2970 г). Беременность у их матерей протекала с явлениями тяжелого гестоза, фетоплацентарной недостаточности, а роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод, хориоамнионитом и острой асфиксией новорожденного.

Результаты проведенного исследования показали, что содержание лептина у новорожденных значительно ниже, чем у их матерей в конце беременности, и не зависит от индекса массы тела и уровня этого гормона у матери. Можно предположить, что во время беременности рост и развитие плода определяется уровнем лептина, который продуцирует плацента. Таким образом, определение содержания лептина в сыворотке крови в конце беременности может быть использовано для прогнозирования перинатальных исходов.

КАРПОВИЧ Л.А., ХАЛЬЗОВА Е.Я., ШАКЛЕИН А.В., ХОПТЯН Д.А.
Новосибирская областная клиническая больница,
Новосибирский областной перинатальный центр,
Новосибирская государственная медицинская академия,
г. Новосибирск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ (ВУИ) У БЕРЕМЕННЫХ ВО 2-3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Одной из актуальных проблем в акушерстве остается эффективное лечение внутриутробного инфицирования (ВУИ). Выбор показателей, позволяющих достоверно оценить качество лечения, обуславливает эффективность применяемой методики.

Цель исследования – оценить эффективность используемой комплексной терапии внутриутробного инфицирования у беременных с многоводием, маловодием, плацентитом во 2-3 триместрах беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 33 беременных с различными проявлениями ВУИ (многоводие, маловодие, плацентит), находившихся на лечении в областном перинатальном центре. В 1 группу (основную) попали 11 беременных, которые получали стандартное патогенетическое лечение (антибактериальная терапия); во 2 группу (сравнения) – 10 беременных, получивших стандартное лечение и иммуномодуляторы (генферон); в 3 группу (контрольную) – 12 беременных с ВУИ, по каким-либо причинам не получавшим лечение. Возраст наблюдаемых от 20 до 39 лет. В качестве сопутствующей акушерской патологии наиболее часто присутствовали угроза прерывания беременности (30 %), плацентарная недостаточность (26,8 %), анемия беременных (52,1 %).

Генферон использовался в виде ректальных суппозиторий в дозе по 1 свече (500000 МЕ) два раза в день в течение 10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффективность терапии оценивалась по результатам клинических данных (признаки угрозы прерывания беременности, окружность живота, высота дна матки), УЗИ плода (количество и качество околоплодных вод, толщина и структура плаценты, гапатомегалия), лабораторным данным (кровь беременных, околоплодные воды, пуповинная кровь новорожденных).

В 1-й группе беременных у 2 пациенток (18,1 %), в 3-й группе у 5 (41,6 %) беременность осложнилась преждевременным излитием околоплодных вод, во 2-й группе все беременные достигли доношенного срока беременности, излитие околоплодных вод своевременное. Отмечено прогрессирование многоводия – у 1 (9 %) в 1-й группе и у 2 пациенток (16,6 %) в 3-й группе. Во 2-й группе удалось стабилизировать признаки многоводия и маловодия. В 1-й группе средняя масса новорожденных 3060 г, 3 детей (27,2 %) из перинатального центра переведены в детские отделения для дальнейшего лечения, во 2-й группе средняя масса составила 3280 г, один ребенок (10 %) умер в первые сутки (некорригируемый ВПР плода), один (10 %) переведен в НИИПК для коррекции ВПС. В 3-й группе средняя масса плодов составила 2730 г, один ребенок (8,3 %) умер в первые сутки (ЦМВ-инфекция), 3 детей (25 %) переведены из родового зала в ОРИТ, 7 новорожденным (58,3 %) потребовалось продолжить лечение в детских отделениях.

ВЫВОДЫ

Своевременно проведенная комплексная терапия ВУИ с применением иммуномодуляторов позволяет улучшить прогноз беременности и снизить перинатальные потери.

КОНОВАЛОВА Н.Г., ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ФЕДОРОВА В.В.
Новокузнецкий НПЦ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У МЛАДЕНЦЕВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Для формирования двигательных функций младенцев использовали водную среду. При этом исходили из того, что водная среда обеспечивает гравитационную разгрузку телу младенца, создает адекватное сопротивление, обеспечивает плавность движений. Пребывание в воде расслабляет и успокаивает. Вода воздействует на баро-, термо-, механорецепторы, в результате формируется мощный сенсорный поток в центральную нервную систему (ЦНС).

Мозг производит синтез сигналов различной модальности, поступивших через разные органы чувств по разным проводящим путям. Внешние раздражители вступают во взаимодействие с другими афферентными возбуждениями, имеющими другой функциональный смысл, и, в зависимости от синтеза этих афферентаций, создаются условия для формирования вертикальных и межполушарных связей, дозревания центральных механизмов рефлекторных дуг, развития мозга.

Ребенок, рожденный раньше положенного срока с врожденной патологией центральной нервной системы, попадая в водную среду, получает возможность продолжить формирование двигательных координаций свойственных его концептуальному возрасту или уровню развития.

Под наблюдением находились 2 группы младенцев: здоровые (40 человек) и рожденные раньше положенного срока с врожденной патологией ЦНС (15 человек). Тренировки здоровых детей строились в три этапа с учетом возраста: от 2 недель до 3 месяцев занятия в портативном бассейне; от 3 до 12 месяцев занятия в мелком бассейне; от 1 до 3 лет групповые занятия в мелком бассейне. Дети с перинатальной патологией ЦНС проходили те же тренировочные этапы более медленно. Критерием перевода ребенка с этапа на этап служило освоение им программы предыдущего этапа.

Методика проведения занятий на каждом этапе предусматривала вводную, основную и заключительную части. Вводную часть проводили на суше и в воде. На суше выполняли массаж в соответствии с возрастом и подводящие упражнения, которые включали движения, необходимые для плавания. Это облегчало разучивание движений в воде. Основная часть проходила в воде. Занятия включали элементы построения: команды «стоим», «идем». Это способствовало формированию функций стояния и ходьбы, давало ребенку возможность отдохнуть между выполнением более сложных двигательных заданий, формировало дисциплину.

На 1 и 2 этапах все упражнения основной части дети выполняли с поддержкой. На 3 этапе дети, научившиеся плавать, выполняли часть упражнений самостоятельно, под контролем взрослых. Заключительная часть включала упражнения на расслабление в воде и посещение сауны. Это необходимо для возвращения организма ребенка к исходному состоянию и согревания.

С 3 месяцев дети занимались в мелком бассейне, но в большом объеме воды, поскольку, с учетом динамики физического развития младенцев, при занятиях в малом объеме воды нарастает гравитационная зависимость и эффект невесомости теряется. В динамике дети могли выполнять достаточно сложные движения, совершенствовать двигательные умения и приобретать новые навыки. Обязательным условием проведения занятий считали создание положительного эмоционального фона. Все дети занимались с удовольствием, предлагаемые упражнения выполняли с охотой.

В результате здоровые дети в своем развитии полностью соответствовали физиологической норме или несколько опережали ее. Детям с патологией ЦНС к возрасту 1,5 лет также удалось сформировать функции стояния и ходьбы.

КРАМАРСКИЙ В.А., ПЕТРИЩЕВ И.В.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Кафедра акушерства и гинекологии,
г. Иркутск

ЛЕГОЧНО-ПЕЧЕНОЧНЫЙ ИНДЕКС ПЛОДА КАК ОЦЕНОЧНЫЙ КРИТЕРИЙ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАСТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННЫХ

Зрелость плода является основным фактором, обеспечивающим выживаемость и физиологичность развития ребенка. При досрочном родоразрешении всегда существует вопрос о жизненном прогнозе для новорожденного, который в основном зависит от степени зрелости его легких.

Цель исследования – определение прогностической ценности легочно-печеночного индекса (К) при синдроме дыхательных расстройств новорожденного.

В предварительных исследованиях (Крамарский В.А. и соавт., 1998) отмечено, что отношение плотности легочной ткани к плотности печени плода (К = Л : П), определяемое посредством ультразвуковой гистографии, коррелирует со степенью зрелости легочной ткани. При этом УЗС легочной ткани проводится на уровне клапанного аппарата плода, а печени – на уровне пупочной вены. При К, превышающем показатель 1,0, отмечается достаточная степень зрелости легких новорожденного, при К от 1,0 до 0,84 имеет место средняя степень зрелости и при К менее 0,84 степень зрелости легких новорожденного, как правило, недостаточная.

Было проанализировано 79 историй родов женщин, у которых определялся показатель К. В 40 наблюдениях роды произошли в сроки 37-40 недель беременности (1 группа), в 39 – в 32-36 недель (2 группа). Все роды произошли через естественные родовые пути. Средний возраст беременных в 1 группе составил 26,8 ± 1,7 лет, во второй 24,5 ± 2,1 лет, и достоверно не различался ($P > 0,05$). Средняя масса новорожденных в 1 группе составила 3467,5 ± 265,2 г, во второй – 2157,3 ± 143,1 г, соответственно, и достоверно различалась ($P < 0,05$). Несвоевременное излитие околоплодных вод в отмечено у 6 женщин 1 группы (15 %) и у 4-х 2 группы (10,3 %). Родоусиление и родовозбуждение во 2 группе беременных проводилось у 8 женщин (20,5 %), в 1 группе – у 5 (12,5 %). Гормональная подготовка сурфактантной системы плода во 2 группе женщин проводилась у 28 (71,8 %), в 1 группе ни в одном из наблюдений подготовка сурфактантной системы не проводилась.

Перинатальных потерь в рассматриваемых группах не было. Средняя оценка по шкале Апгар во 2 группе женщин составила 5,8 ± 0,6 баллов, в 1 группе женщин этот показатель был равен 7,9 ± 0,5 баллов ($P < 0,05$). Синдром дыхательных расстройств (СДР) у новорожденных в 1-й группе отмечен в 8 наблюдениях (20 %) и в 4 случаях был обусловлен врожденной пневмонией. Во 2 группе СДР отмечен у 32 женщин (82,1 %).

При анализе историй родов отмечено, что средний показатель печеночно-легочного коэффициента (К) в 1 группе женщин был равен 1,149 ± 0,052, а во 2-й – 0,847 ± 0,073 ($P < 0,01$). Отмечено, что в 1 группе у 23 женщин (57,5 %) показатель К превышал 1,0, в 5 наблюдениях (12,5 %) – колебался от 0,84 до 1,0, в 8 случаях (20 %) – был менее 0,84. После рождения среди новорожденных с показателем К более 1,0 СДР не отмечен. В наблюдениях с показателем К от 0,84 до 1,0 СДР выявлен у 2 новорожденных, с показателем К менее 0,84 – у 6 детей. При этом, у 2-х из 6 новорожденных СДР был легкой степени тяжести, у 4 – средней. Причиной СДР у новорожденных с показателем К от 0,84 до 1,0 была врожденная пневмония.

Во 2 группе рожениц показатель К более 1,0 имел место в 6 наблюдениях (15,4 %), 0,84-1,0 – в 7 (17,9 %), менее 0,84 – в 26 случаях (66,7 %). Среди новорожденных с К более 1,0 СДР был у 2 детей и был обусловлен врожденной пневмонией. Среди новорожденных с показателем К от 0,84 до 1,0 – в 4 наблюдениях, в трех из которых так же диагностирована врожденная пневмония, с К менее 0,84 – во всех наблюдениях.

По нашим данным, показатель К в достаточной степени отражает вероятность развития СДР у новорожденных. Для подтверждения полученного вывода мы проанализировали частоту СДР в зависимости от показателя К, а не от массы новорожденного. Отмечено, что при К более 1,0 (29 наблюдений) только в 2 случаях (6,9 %) имелся СДР, обусловленный врожденной пневмонией. При К от 0,84 до 1,0 (12 наблюдений) СДР диагностирован в 9 случаях (75 %), при К менее 0,84 (34 наблюдения) – в 32 (94,1 %).

Таким образом, печеночно-легочный коэффициент можно считать объективным оценочным критерием прогноза развития СДР новорожденных,

что позволит увеличить эффективность профилактики этого синдрома и снизить вероятность инфекционных осложнений, обусловленных применением кортикостероидных гормонов.

КУБАСОВА Л.А., РЕЦ Ю.В., КАРАСЬ И.Ю., ЕРМОЛЕНКО Л.Л., БОВА О.С.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово

НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ритм сердца человека представляет собой сложный колебательный процесс, динамическая структура которого несет информацию о состоянии важнейших регуляторных систем организма (Баевский Р.М., 1999; Флейшман А.Н, 2005). Исследование реакций сердечно-сосудистой системы матери при осложненной беременности на основе кардиоинтервалографии (КИГ) является чрезвычайно перспективным в акушерстве. Однако в литературе имеются лишь единичные работы, посвященные этой проблеме (Бакулева Л.П., Цирельников Н.И., Цирельникова Т.Г., 1999; Захаров И.С., 2003; Флейшман А.Н., 2005).

Цель исследования – изучение параметров регуляции кардиоритма матери при угрозе преждевременных родов (УПР).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 55 беременных в сроке гестации 28-37 недель с угрозой преждевременных родов, группу сравнения – 53 беременных в сроке 30-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений.

Для записи КИГ у матери использовалась компьютерная программа «Pulsar» (Цирельников Н.И., 1999 г.). Запись и интерпретация КИГ у матери проводилась по методике Баевского Р.М. (1989) и Флейшмана А.Н. (1994). Определяли основные математико-статистические и спектральные показатели КИГ, оценивалась напряженность адаптационных механизмов организма.

Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При УПР выявлены значительно отличающиеся от физиологической беременности параметры метаболической и нейровегетативной регуляции кардиоритма. У 70,9 % беременных с УПР по КИГ регистрировалась общая депрессия спектра (гипоадаптивное состояние), что свидетельствовало о недостаточности энергетического обеспечения гестационных процессов (9,4 %, $p < 0,001$). У 78,1 % на фоне гипоадаптивного состояния отмечено повышение высокочастотного (HF)-компонента спектра, что объяснялось активацией автономного контура регуляции, сочетающейся с готовностью нижнематочного сегмента к родам. Гиперадаптивное состояние регистрировалось у 18,2 %, что характеризовало напряжение всех регуляторных систем организма (11,3 %, $p = 0,315$). Только у 10,9 % регистрировалось нормоадаптивное состояние (79,2 %, $p < 0,001$).

При проведении функциональных нагрузочных проб в 6 раз преобладала измененная реактивность на нагрузки, которая проявлялась в виде гиперадаптивных реакций у 54,4 % (9,4 %, $p < 0,001$), либо гипоадаптивных нагрузочных реакций у 14,4 % женщин (9,4 %, $p = 0,377$). Симптом «энергетической складки» регистрировался у 9,8 % женщин ($p = 0,01$), симптом «функциональной ригидности» – у 5,1 % ($p = 0,08$). Нормальная реакция компонентов спектра имела место у 16,3 % женщин (81,1 %, $p < 0,001$). В период восстановления у 67,3 % беременных выявлено снижение адаптационных возможностей организма (9,4 %, $p < 0,001$).

ВЫВОД

Комплексное сопоставление полученных результатов при проведении КИГ у матери с УПР выявило преобладание парасимпатического звена вегетативной регуляции на фоне выраженного энергодефицитного состояния и снижения активности центрального компонента. Это свидетельствовало о подготовке нижнематочного сегмента к родам, и было направлено на улучшение метаболизма фетоплацентарной системы и обеспечение достаточного уровня питательных веществ внутриутробного организма.

Ранняя диагностика регуляторного обеспечения кардиоритма у матери при УПР способствовала прогнозированию осложнений и правильному ведению беременности и родов.

КУБАСОВА Л.А., РЕЦ Ю.В., КАРАСЬ И.Ю., ЕРМОЛЕНКО Л.Л., БОВА О.С.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Возможность применения многих диагностических методов в акушерской практике, по естественным причинам, ограничена (Цирельников Н.И., 2002). Оправданным и перспективным методом оценки состояния функциональных систем плода является метод кардиоинтервалографии (КИГ). Однако в литературе имеются лишь единичные работы, посвященные этой проблеме (Бакулева Л.П., Сидорова И.С., Макаров И.О., 2000; Цирельников Н.И., 1999).

Цель исследования – изучение параметров регуляции кардиоритма плода при беременности, осложненной угрозой преждевременных родов (УПР).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 55 беременных в сроке гестации 28-37 недель с угрозой преждевременных родов, группу сравнения – 53 беременных в сроке 30-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений.

Регуляция кардиоритма плода исследована методом КИГ по методике Ушаковой Г.А., Рец Ю.В., Цирельникова Н.И. (приоритет № 023001 комитета РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.2003). При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979; А.Н. Флейшман, 1994).

Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При УПР у 69,1 % плодов основные осцилляции спектральной плотности мощности (СПМ) находились в частотной области около 0,5 Гц, что свидетельствовало об интенсивном снижении скорости метаболических процессов, являясь одним из показателей неблагополучного существования внутриутробного организма (7,5 %, $p < 0,001$). Основным типом регуляции кардиоритма плода при УПР, по КИГ, было гипоадаптивное состояние, которое встречалось у 60 % (1,9 %, $p < 0,001$). В 27,3 % отмечалось гиперадаптивное состояние (5,6 %, $p = 0,004$). Нормоадаптивное состояние определялось у 12,7 % (88,7 %, $p < 0,001$).

При проведении гипервентиляционной нагрузки у матери отмечено, что у 74,5 % определялось выраженное снижение механизмов функциональной активности центрального контура регуляции (13,2 %, $p < 0,001$). У 25,4 % имела место функциональная стабильность СПМ (86,8 %, $p < 0,001$). В период восстановления у 85,4 % выявлено снижение адаптационных возможностей организма (13,2 %, $p < 0,001$). Удовлетворительные адаптационные возможности в восстановительном периоде выявлены у 25,4 %, что в 3,5 раза меньше показателя при физиологической беременности (86,8 %, $p < 0,001$).

ВЫВОД

По данным КИГ плода при УПР выявлено, что регуляция кардиоритма осуществлялась под контролем автономного контура регуляции, что приводило к истощению компенсаторно-приспособительных механизмов. Прогрессирование энергодефицитного состояния приводило к постепенному срыву адаптационных механизмов. При проведении функциональной нагрузочной пробы у матери, в восстановительном периоде отмечался низкий уровень адаптационных возможностей, что свидетельствовало о неэффективной работе нейро-гуморальных и сердечно-сосудистых регуляторных влияний, снижало уровень антистрессовой устойчивости плода, способствовало, в некоторых случаях, декомпенсации сердечной деятельности плода.

КУБАСОВА Л.А., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.,
ЧЕРНОВА Н.Т., РЕЦ Ю.В., КАРАСЬ И.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово

НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БРЕМЕННОСТИ

В последние годы в акушерстве особое внимание уделяется регуляции кардиоритма беременной женщины, состояние которого возможно определить на основе метода кардиоинтервалографии (КИГ).

Цель исследования – изучение особенностей энергетической и нейро-вегетативной регуляции кардиоритма матери при физиологической беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 98 беременных со сроком 28-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений. Всем беременным проведено клиническое обследование, ультразвуковое исследование («Aloka-SD 500»), кардиотокография плода («Fetalgard-Lite»).

Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа вариабельности сердечного ритма методом КИГ. КИГ матери исследована с использованием биоритмологической компьютерной программы «Pulsar» (Цирельников Н.И., 2002) по методике Флейшмана А.Н. (1994). При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ матери, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979; Флейшман А.Н., 1994).

Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При регистрации исходного профиля сердечного ритма, у 82,3 % женщин с физиологической беременностью спектральная плотность мощности волн кардиоритма (СПМ) находилась в пределах условной нормы (нормоадаптивное состояние), составляя: симпатический компонент (VLF) 26-130 мс ⁄Гц, барорецептивный (LF) и парасимпатический (HF) по 10-30 % от СПМ VLF. Исходно высокие величины спектра отмечались у 9,8 %, депрессия спектра встречалась у 7,8 % беременных.

При проведении нагрузочных проб в 84,3 % случаев преобладали нормоадаптивные реакции. Повышение общей мощности спектра на нагрузки или депрессия всех компонентов спектра составила 7,8 % и 7,8 %, соответственно. В период восстановления у 90,1 % выявлены удовлетворительные адаптационные возможности, что сопровождалось последующим благоприятным течением беременности. У 9,8 % отмечалось снижение адаптационных резервов организма.

ВЫВОДЫ

Установлено, что эффективность гестационного процесса определялась, в первую очередь, состоянием механизмов регуляции. Беременность протекала благоприятно, если показатели регуляции кардиоритма у матери, по КИГ, были синхронны. При физиологической беременности энергетическое обеспечение находилось на среднем уровне, обеспечивая оптимальные возможности компенсаторных реакций в системе мать-плод.

Выявленные закономерности между показателями регуляции кардиоритма матери дают возможность прогнозировать и проводить своевременную коррекцию регуляторных отклонений, что позволит улучшить исходы беременности и родов, прежде всего, для плода, как главной цели биологической системы «беременная женщина».

КУБАСОВА Л.А., РЕЦ Ю.В., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.,
ЧЕРНОВА Н.Т., КАРАСЬ И.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Функциональная оценка состояния системы мать-плацента-плод представляет важную проблему в акушерстве (Стрижаков А.Н., 2001; Юдина Е.В., 2003). Возможность применения многих диагностических методов в акушерской практике, по естественным причинам, ограничена (Цирельников Н.И., 2002). Оправданным и перспективным методом оценки взаимоотношений между состоянием регуляции кардиоритма матери и плода является метод кардиоинтервалографии (КИГ). Метод КИГ основан на анализе процессов вариабельности сердечного ритма (ВСР) (Баевский Р.М., 1999; Астахов А.А., 2003; Флейшман А.Н, 2005).

Цель исследования – изучение параметров регуляции кардиоритма плод при физиологической беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 98 беременных женщин, а именно их плодов, в сроке гестации 28-41 неделя с физиологическим течением беременности.

Регуляция кардиоритма плода исследована на основании анализа ВСР методом КИГ по методике Ушаковой Г.А., Рец Ю.В., Цирельникова Н.И. (приоритеты: № 023001 комитета РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.2003; № 020116 федерального института промышленной собственности от 08.06.2005). При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979; Флейшман А.Н., 1994).

Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При регистрации исходного профиля сердечного ритма плода при физиологической беременности в 82,4 % спектральные показатели КИГ составили: VLF – 25,2 ± 4,7 у.е., LF – 1,5 ± 0,83 у.е., HF – 0,73 ± 0,44 у.е., что свидетельствовало о достаточном энергетическом обеспечении внутриутробного организма. В 11,7 % СПМ волн кардиоритма плода составила 52,33 ± 5,39 у.е., что могло привести к срыву адаптационных резервов организма. В 5,9 % имело место снижение СПМ волн кардиоритма плода (3,66 ± 2,08 у.е.), что говорило об истощении энергетических резервов организма.

В 76,5 % математические показатели КИГ плода составили: Мо – 0,42 ± 0,01 с, АМо – 40,2 %, ДВ – 0,14 ± 0,01 с, ИН – 262,17 ± 35,23 у.е., что свидетельствовало о сбалансированности сердечно-сосудистых регуляторных влияний на сердечный ритм. В 13,7 % регистрировалось повышение активности центрального контура регуляции, в 9,8 % – снижение активности симпатической регуляции.

ВЫВОДЫ

При физиологической беременности взаимоотношения между метаболическими процессами и нейровегетативной регуляцией у плода были синхронны. Реализация функций защитно-приспособительных реакций осуществлялась при сбалансированном напряжении вегетативной нервной системы плода, которая имела высокий потенциал, и, следовательно, достаточный уровень компенсаторных возможностей организма.

Выявленные особенности регуляции кардиоритма плода позволят улучшить исходы беременности и родов, прежде всего для новорожденного, как главной цели биологической системы «беременная женщина».

КУЛИНИЧ С.И., ЕЖОВА И.В., ДОРОШЕНКО Е.Ю.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Городской перинатальный центр,
г. Иркутск

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОН-ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Нами пролечены 92 женщины с заболеваниями эндо- и миометрия (миома, аденомиоз, ЖГЭ, АГЭ). Еще совсем недавно гинекологам при диагнозе миома матки не приходилось мучительно думать о методах лечения. В основном, оно было оперативным. Однако матка – не только орган плодовместилища, но и мишень для гормонов, источник медиаторов, участвующих в свертывании крови, и удаление ее приводит к эндокринным перестройкам, развитию нейро-вегетативных расстройств, подчас потере семьи, что может быть с современных позиций тяжелее самой болезни.

Для консервативного лечения в настоящее время широко применяются гестагены, андрогены, агонисты ГТ-РГ. Основными направлениями гормонотерапии являются стимуляция, торможение и замещение гормональной функции яичников. Самостоятельный регресс миомы происходит в постменопаузальном периоде, когда наблюдается естественное снижение уровня эстрогенов в крови и нормализация эстроген-прогестероновых соотношений. Синтетические аналоги ГТ-РГ, связываясь с рецепторами гонадолиберина в гонадотрофе аденогипофиза, обеспечивают выраженное угнетение секреции гонадотропинов (состояние десентизации аденогипофиза), что обеспечивает наступление временной фармакологической менопаузы. Это обусловливает наибольшую перспективность лечения а-ГТ-РГ.

Из общего числа больных с ПДС у 72 женщин была миома матки, средний возраст 35,2 ± 2 лет. Консервативную энуклеацию узлов произвели у 26 молодых не рожавших женщин вне беременности, у 8 – во время беременности в сроки 29-38 недель гестации. Размеры узлов были от 5 до 16 см, количество удаленных узлов у женщин вне беременности было от 1 до 16, локализация – все отделы матки, у 4 – шеечное расположение. Бесплодие невыясненной этиологии имело место у 16 женщин, что явилось показанием к оперативному лечению.

Трем беременным произведены энуклеации по поводу некроза узлов в сроки 24-29 недель, диаметр узлов был 8, 12, 15 см. Все женщины доносили беременности и родоразрешены оперативно. У 5 родильниц произведены одновременные операции кесарево сечение и энуклеации узлов, в одном случае после удаления узла диаметром 20 см при массивной кровопотере выполнена экстирпация матки. У трех с большими узлами (от 12 до 18 см в диаметре) после кесарева сечения для профилактики массивных кровопотерь и непредсказуемости исхода операций производилась перевязка внутренних подвздошных артерий кетгутом с последующим иссечением узлов. Общая кровопотеря составила 800-1200 мл (900 ± 60 мл), на перевязку a. iliacae internae уходило от 10 до 15 минут.

У 28 женщин до операции были применены базовые препараты – аналоги гонадотропин-рилизинг гормоны: диферелин по 3,75 мг в/м с первого дня менструации 2-3 инъекции, золадекс или бусерелин. На 20 день после 2 или 3 инъекции больным выполнялись энуклеации узлов. Уменьшения размеров узлов не отмечалось, но перемещение локализации узлов в полость матки (у шести) или к брюшине (у девяти) имело место, что способствовало выполнению еще менее травматичных для миометрия операций, в частности, у шести произведены гистерорезектоскопии. Операции на фоне ГТ-РГ проходили с меньшей кровопотерей. При больших узлах псевдоменопауза создавалась после операций на срок от 3 до 6 месяцев.

Вторым этапом назначались КОК (3 поколения) для коррекции и нормализации менструального цикла. 33 больные получали только гормональную терапию, все в режиме псевдоменопаузы (диферелин, КОК, депо-провера, омнадрен), параллельно при сопутствующих полипах эндометрия, после подбора антибиотиков по чувствительности к ним микроорганизмов, проводили противовоспалительную терапию. Несколько больных получали диферелин повторно через год, так как узлы опухоли рецидивировали, но размеры матки оставались от 7 до10 недель, не давая роста.

Из общего числа взятых на лечение, нормализация размеров матки, атрофия эндометрия, нормализация менструального цикла, переход в стойкую менопаузу, получены у 80 женщин (80,7 %). 12 женщин продолжают консервативное лечение. Беременность наступила у 12 больных, 7 больных (7 %) продолжают консервативную терапию при наступившем регрессе размеров матки.

Это неплохие результаты консервативного лечения больных, но многое зависит от личной настойчивости, уверенности врача в успехе, умения убедить пациентку в эффективности лечения и безопасности гормонотерапии базовыми препарата-

ми. Лечение миомы матки должно начинаться сразу после постановки диагноза, по индивидуальному плану у каждой больной с использованием современных технологий. Результаты нашего опыта (эффективность – 80 %) достаточно убедительны для внедрения в широкую практику.

КУЛИНИЧ С.И., НИКОЛАЕВА И.Н., КУДАЕВ А.Н.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, г. Иркутск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЭНС-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Кисты яичников, по литературным данным, составляют, в среднем, 17 % всех новообразований яичников и являются самой частой объемной патологией яичников. Они развиваются на фоне воспалительных заболеваний придатков матки, после хирургических вмешательств на придатках, при изменениях в гормональном статусе женщин, при аутоиммунном оофорите. Несмотря на значительный прогресс в исследовании этиопатогенеза кист яичников, данное заболевание продолжает оставаться достаточно частой причиной операций в гинекологии.

До 11 % чревосечений, выполняемых в гинекологических отделениях, предпринимается по поводу овариальных образований яичников или их осложнений. Консервативное лечение и даже хирургическая санация функциональных кист в настоящее время не всегда являются эффективными, т.к. кисты продолжают рецидивировать.

Цель исследования – изучить эффективность консервативного лечения функциональных кист яичников с применением динамической электронейростимуляции.

В исследование были включены 52 женщины репродуктивного возраста с фолликулярными и лютеиновыми кистами яичников. 1 группа – 32 женщины, которые получали лечение по стандартным методикам; 2 группа – 20 пациенток, которые получали ДЭНС-терапию. Наряду с общеклиническими исследованиями, мы определяли опухолевые маркеры СА-125 в сыворотке крови; оценивали воспалительный фон методами ИФА и ПЦР. Исследуемый материал: перитонеальная жидкость, содержимое кист яичников, сыворотка крови, отделяемое из цервикального канала.

Выполняли УЗИ органов малого таза с допплерометрией. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Apogee-800» с использованием датчиков переменной частоты: трансабдоминального – 2,5 МГц, эндодатчика – 5,9 МГц. Определение концентрации гормонов и онкомаркера рака яичника СА-125 проводилось методом ферментзависимой иммунофлюоресценции на приборе mini-VIDAS.

В комплексном лечении больных с ретенционными кистами яичников мы применяли метод чрезкожной электронейростимуляции. ДЭНС-терапия – новый неинвазивный метод лечения, в основе которого лежат рефлекторные и нейрохимические реакции, запускающие каскад регуляторных и адаптационных механизмов организма. Преимущество метода заключается в безопасности и простоте его использования. Основные режимы работы: постоянный и дозированный, ток проникает в роговой слой кожи на глубину не более 1 мм с частотой импульсов 10-77 Гц в зависимости от величины емкостного сопротивления тканей зоны воздействия. Масса аппарата 0,3 кг, размеры – не более 195 х 65 х 45 мм, источник питания – батарея напряжением 1,5 В.

Средний возраст женщин с ретенционными кистами яичников в обеих группах составил 26,3 ± 0,9 лет. У 40 больных (78 %) с функциональными кистами в анамнезе выявлен высокий процент детских инфекций и экстрагенитальных заболеваний: инфекции верхних дыхательных путей у 45 (86 %); заболевания мочевыделительной системы у 29 (56,3 %); ДУЩЖ у 22 (42 %); заболеваний желудочно-кишечного тракта у 14 (28 %). Операции, перенесенные пациентками в анамнезе, были по поводу трубной беременности у 28 (38 %); гнойно-воспалительных процессов придатков матки у 12 (24 %), опухолей и опухолевидных процессов яичников (в т.ч. эндометриоз яичников) у 7 (14 %); аппендэктомии у 5 (11 %); Кесарево сечение у 3 пациенток (6 %).

У пациенток обеих групп у 35 (68 %) обнаружены ИППП: хламидиоз у 18 больных (35 %), микоплазмоз у 10 (19 %), смешанная бактериальная и вирусная инфекция у 9 (17 %), уреаплазмоз у 7 (13 %), трихомониаз у 5 (9 %). В гормональном гомеостазе у 6 пациенток с функциональными кистами выявлена гиперпролактинемия (11 %). Эти женщины ранее принимали комбинированные оральные контрацептивы в течение 5-6 лет.

Средние значения пролактина составляли 924,34 ± 162,4 МЕ/мл. Уровень половых стероидов у больных с кистами соответствовал референтным значениям. Средние значения опухолевого маркера СА-125 были ниже нормы, у больных с фолликулярными кистами составляли 6,3 ±

3,1 МЕ/мл, с кистами желтого тела — 12,6 ± 4,7 МЕ/мл. Ультразвуковыми критериями функциональных кист являлись округлые, тонкостенные, однокамерные, эхонегативные образования со средним диаметром 5,8 ± 1,8 см, кисты желтого тела были с мелкодисперсной взвесью и утолщенными стенками. При ЦДК выявлялись единичные зоны доброкачественной васкуляризации, расположенные по периферии. Критериями эффективности лечения являлись исчезновение образований в области придатков матки, подтвержденное УЗИ, и отсутствие рецидивов в течение 6 месяцев.

Лечение проводилось с учетом выявленных причин образования кист. Женщины 1 группы получали антибактериальное лечение, физиолечение, иммунокоррекцию циклофероном, вифероном. Больные с гормональными изменениями по типу недостаточности 2 фазы получали дюфастон 20 мг с 16 по 25 дни цикла в течение 6 месяцев или мелатонин по 3 мг на ночь в непрерывном режиме в течение 3 месяцев. Женщинам с нарушениями менструального цикла по типу ановуляции проводили стимуляцию овуляции кломифеном с 5 по 9 день цикла по 100 мг перорально в течение 2-3 циклов. При гиперпролактинемии назначали бромокриптин 0,6-1,25 мг/сут 3-6 месяцев. Регресс кист мы наблюдали у больных в следующем менструальном цикле, т.е через 28-30 дней.

Эффективность лечения у пациенток 1 группы, получавших лечение по стандартным методикам, составила 83 %, у 6 женщин отмечался рецидив заболевания. Пациентки из 2 группы в комплексе терапевтического лечения получали ДЭНС-терапию. Данный метод мы использовали с лимфотропным препаратом малавтилином в виде крема вагинально, в течение 10-14 дней, «суперлимф» (комплекс природных цитокинов) интрацервикально. Аппаратом мы обрабатывали гинекологические зоны: низ живота, поясницу, внутреннюю поверхность бедер, наружную поверхность голеней, ладони, стопы, прямую проекцию печени ежедневно по 20-30 минут. Регресс кист яичников наблюдался у пациенток этой группы через 10-14 сеансов комплексной терапии. Эффективность лечения составила 95 %. Рецидив был у 1 пациентки.

ВЫВОДЫ

При сравнительной оценке результатов лечения в 1 и 2 группах оказалось, что применение ДЭНС-терапии в комплексном лечении больных с функциональными кистами яичников повысило степень эффективности проводимой терапии в 1,2 раза.

ЛУКИНА Н.А., СУПРОНЕНКО О.В., ЧЕРНЯЕВА В.И., ПОНОМАРЕВА М.В.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городской клинический диагностический центр,
г. Кемерово

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МИКОСИСТ» У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Вульвовагинальный кандидоз является одной из наиболее часто встречающихся инфекций влагалища. По данным различных авторов, вульвовагиниты грибковой этиологии составляют от 15-20 % до 40-45 % инфекционных поражений вульвы и влагалища. Раннее вступление в половые отношения, несоблюдение правил гигиены в семье, либерализация полового поведения девочек-подростков обуславливают значительную долю вульвовагинального кандидоза среди воспалительных заболеваний у этой категории населения (24,4 %), поэтому проблема лечения грибковых заболеваний вульвы и влагалища у девочек-подростков приобретает особую значимость.

В настоящее время для лечения вагинального кандидоза широко применяется препарат «Микосист», относящийся к классу триазольных противогрибковых средств и содержащий в своем составе флуконазол, который не оказывает влияния на метаболизм гормонов, не изменяет концентрации стероидов у женщин, что особенно важно для организма девочки-подростка.

Цель исследования — оценка клинической и микологической эффективности и безопасности препарата «Микосист» (флуконазол) в стандартной дозе у девочек-подростков с вульвовагинальным кандидозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 92 девочки-подростка в возрасте от 15 до 18 лет, живущие половой жизнью и имеющие клинические признаки вагинального кандидоза, подтвержденные данными клинико-лабораторных методов исследования. Комплексное клинико-лабораторное исследование проводили до назначения терапии, через 1-2 недели и 1 месяц после начала терапии. Перед назначе-

нием препарата «Микосист» у всех пациенток собирали анамнез, особое внимание уделялось предыдущим случаям вагинального кандидоза и применявшейся ранее терапии с использованием тех или иных антимикотических средств.

Клинические проявления вульвовагинального кандидоза, включающие вульвовагинальную эритему, вульвовагинальный зуд, жжение, вагинальные выделения, болезненные ощущения, дизурию и диспареунию, оценивали как отсутствовавшие (0); легкие (1); умеренные (2) и тяжелые (3). Клиническую эффективность препарата «Микосист» оценивали как полное выздоровление (отсутствие признаков вульвовагинального кандидоза), улучшение (частичное исчезновение признаков вульвовагинального кандидоза) или отсутствие эффекта (наличие признаков вульвовагинального кандидоза). Микробиологическую эффективность оценивали, как эрадикацию Candida или его персистенцию. Во время терапии учитывали побочные эффекты по продолжительности, степени тяжести и последствиям.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее часто встречающимися признаками и симптомами вульвовагинального кандидоза у девочек-подростков были вагинальные выделения. Влагалищные выделения нередко сочетались с зудом и жжением в области влагалища и вульвы, а также вульвовагинальной эритемой. Такие симптомы, как болезненные ощущения, дизурия и диспареуния встречались реже.

Контрольное обследование девочек-подростков через 1-2 недели после начала терапии позволило установить клиническое выздоровление или улучшение у 89 пациенток (96,7 %). При этом полное выздоровление отмечали 65 подростков (73,1 %); улучшение – 24 (26,9 %); микологическая эффективность отмечена у 63 девочек (68,4 %).

При контрольном клинико-лабораторном обследовании через 1 месяц после начала терапии выявлено, что клиническое выздоровление или улучшение наблюдались у 74 (83,1 %) и 15 (16,9 %) девочек-подростков, соответственно; эрадикация Candida отмечена у 80 пациенток (86,9 %). Следует заметить, что уже на первые-вторые сутки от начала терапии 85 девочек-подростков (92,3 %) наблюдали выраженную положительную динамику симптомов заболевания – уменьшение количества вагинальных выделений, вагинального зуда, дизурических явлений и эритемы.

Побочные реакции отмечались у 9 девочек-подростков (9,8 %). При этом, 4 девочки (4,3 %) называли тошноту, у одной наблюдалась рвота (1,1 %); в одном случае (1,1 %) имели место абдоминальные боли и диарея. Побочные явления имели слабую или среднюю степени тяжести, самостоятельно исчезали во время или после окончания курса терапии.

Из обследованных девочек-подростков, у 21 (22,8 %) в анамнезе имелись эпизоды вульвовагинального кандидоза, в связи с чем пациентки получали антибиотики полиенового ряда и производные имидазола. После лечения препаратом Микосист все пациентки данной группы отметили клиническое выздоровление или улучшение через 1-2 недели от начала терапии; у 18 девочек-подростков отмечено отсутствие Candida при лабораторном исследовании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в процессе диагностики и лечения девочек-подростков с острым кандидозным вульвовагинитом клинико-лабораторные данные показали высокую эффективность и хорошую переносимость препарата Микосист, что позволяет рекомендовать его для лечения грибковых заболеваний влагалища и вульвы у данной категории населения.

МАЛЬЦЕВА И.А., МОЗЕС В.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Абдоминальное родоразрешение является единственной альтернативой родоразрешению через естественные родовые пути и его частота достигает 40 %. Достаточно высокий процент абдоминального родоразрешения ставит на повестку дня другую проблему – родоразрешение беременных с рубцом на матке. Анализ факторов риска несостоятельности рубца на матке и методов диагностики этого грозного осложнения у женщин представляется чрезвычайно актуальным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выявления факторов риска несостоятельности рубца на матке проведен ретроспективный анализ 63 историй родов женщин, повторно родоразрешенных путем операции кесарево сечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все исследуемые женщины имели в анамнезе оперативное родоразрешение. Показаниями к пред-

шествующему оперативному родоразрешению являлись: аномалии родовой деятельности у 31,7 %; тазовое предлежание плода у 19 %; отслойка плаценты и предлежание плаценты у 15,8 %; соматическая патология у 11,1 %; узкий таз у 7,9 %; острая гипоксия плода у 3,2 %; крайне отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у 3,2 %; тяжелый гестоз у 1,6 %; переношенная беременность у 1,6 %. У 4,7 % женщин послеоперационный период осложнился нагноением и расхождением послеоперационных швов. У 60,3 % пациенток после первой операции проводились выскабливания полости матки в связи с прерыванием нежелательной беременности.

Повторное кесарево сечение в плановом порядке было проведено у 69,8 % женщин. Все повторные оперативные вмешательства технически протекали без осложнений, закончились рождением живых детей, без асфиксии. При ушивании матки и передней брюшной стенки использовался синтетический шовный материал (полисорб, полигликолид).

При повторном оперативном вмешательстве в 21 случае (33,3 %) была выявлена несостоятельность старых рубцов на матке. К этой группе отнесены рубцы, представленные грубой соединительной тканью, звездчатые, либо истонченные до 1-3 мм. При этом явных разрывов матки по рубцу не было. У 9 женщин этой группы присутствовали клинические симптомы несостоятельности рубца на матке в виде ноющих болей в области рубца, повышения маточного тонуса либо болезненности рубца при пальпации. Подтверждение несостоятельности рубца на матке по данным УЗИ было выявлено только в 4 случаях из 21.

Отношение частоты несостоятельности рубца на матке к времени, прошедшему после первого оперативного вмешательства, представлено следующим образом. В первые 4 года после первого оперативного родоразрешения было проведено 24 операции, в 13 случаях (54,2 %) выявлена несостоятельность рубца на матке. До 7 лет после первого оперативного родоразрешения было проведено 18 операций, в 5 случаях (27,7 %) рубец на матке был несостоятелен. До 9 лет и выше проведены 21 операция, несостоятельность рубца на матке выявлена у 3 женщин (14,2 %).

ВЫВОДЫ:

1. Ни один из применяемых нами во время беременности методов диагностики состояния рубца на матке не является информативным.
2. Риск разрыва матки при естественном родоразрешении составляет не менее 33,3 %; чаще всего (25,4 %) неполноценный рубец формируется у беременных, родоразрешенных в экстренном порядке.
3. Частота несостоятельности рубца на матке наиболее высока (20,6 %) при давности предыдущей операции не более четырех лет.
4. У женщин с рубцом на матке, в связи с высоким риском разрыва матки по рубцу в родах, оправдан именно оперативный метод родоразрешения.

МОЗЕС В.Г., МОЗЕС К.Б., МИНАЕВА Т.А.,
ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., МАЛЬЦЕВА И.А., ЗАХАРОВ И.С.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Актуальность скрининг-диагностики синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у женщин обусловлена тем, что при данном заболевании во время беременности и в раннем послеродовом периоде часто происходит срыв адаптации и развитие заболеваний во многих системах организма. Частым маркером синдрома ДСТ является поражение иммунной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы. Одним из системных проявлений ДСТ является варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) – одна из главных причин развития синдрома хронических тазовых болей у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основную группу вошли 208 женщин с доношенной беременностью, у которых, по данным УЗИ и интраоперационно, определялись признаки ВРВМТ. Соответственно основной группе, была составлена группа сравнения, в которую вошли 130 пациенток без ВРВМТ. Клиническая оценка стигм дизэмбриогенеза проводилась по методике Яковлеваа В.М. (1994). Для подтверждения

ДСТ у всех пациенток проводилось исследование уровня суточной экскреции метаболитов соединительной ткани – оксипролина и гликозаминогликанов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из важных критериев оценки состояния соединительной ткани является выявление и клиническая оценка стигм дизэмбриогенеза, которые являются внешним проявлением ДСТ. Достоверным критерием ДСТ является наличие у пациента 5 и более стигм. В отличие от женщин группы сравнения, у пациенток с ВРВМТ отмечалось статистически значимое преобладание 5 и более стигм (69,8 ± 3,2 % в основной группе и 23,4 ± 3,8 % в группе сравнения, $p < 0,001$).

Наличие ДСТ в генезе ВРВМТ подтверждают результаты биохимического исследования суточной экскреции метаболитов соединительной ткани. Уровень оксипролина в суточной моче у женщин основной группы был достоверно выше, чем у пациенток группы сравнения (4,8 ± 0,2 мкг/мл и 2,9 ± 0,3 мкг/мл, $p < 0,001$).

Таким образом, скрининг диагностика синдрома ДСТ путем клинической оценки стигм дизэмбриогенеза у женщин позволяет наметить пути профилактики ВРВМТ в раннем послеродовом периоде.

НАБУГОРНОВА Т.В., АККЕР Л.В., МОРОЗОВА И.С.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Остеопороз – гетерогенное и многофакторное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костей, что приводит к их возрастающей хрупкости. В возникновении остеопороза большую роль играет реализация факторов риска, а особенно их сочетание у конкретной пациентки. Наиболее значимыми для жительниц Алтайского края являются низкое потребление Са и витамина С, высокая распространенность мезенхимальных дисплазий и эндокринопатий (патологии щитовидной железы, овариальной недостаточности), а также относительно ранний возраст наступления естественной менопаузы (средний возраст 48,3 лет) и увеличение частоты хирургической менопаузы в последние годы.

Цель работы – выявить распространенность низкой плотности костной массы у женщин в перименопаузе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Осуществлялась диагностика остеопороза с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометрии). По рекомендациям экспертов ВОЗ, результаты денситометрии оценивали по Т-критерию, который отражает отклонения от пиковых значений минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у молодых здоровых женщин. Снижение МПКТ более чем на 2,5 стандартных отклонения расценивается как остеопороз, на 1-2,5 стандартных отклонения – как остеопения.

Обследованы 55 женщин, пациенток климактерического центра г. Барнаула в возрасте от 35 до 66 лет. Из них, 12 человек с хирургической менопаузой, 43 – с естественной. Все женщины имели проявления климактерического или постовариоэктомического синдромов различной степени выраженности. Климактерий у них имел осложненное течение за счет сочетания с соматическими заболеваниями.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 55 обследованных, остеопороз диагностирован у 7 человек (около 17 %), выраженная остеопения – у 12 человек (22 %), начальная остеопения – у 18 человек (32,7 %). Нормальные показатели МПКТ имели только 18 человек (33 %). Таким образом, различную степень снижения МПКТ имели 67 % обследованных. У большинства пациенток показатели плотности костной ткани различались в поясничном отделе позвоночника и проксимальных отделах бедренных костей. При их сравнении оказалось, что патологические изменения, то есть остеопороз и выраженная остеопения, чаще встречаются в поясничном отделе позвоночника.

У кого был выявлен остеопороз? Возраст женщин колебался от 42 до 66 лет, в среднем 52,7 лет. Средний ИМТ составил 25, что соответствует нормальной массе тела. В состоянии естественной менопаузы длительностью 2-11 лет находились 5 человек, среди них у 1-й отмечена преждевременная менопауза, еще у 1-й пациентки – ранняя менопауза (до 45 лет). Хирургическую менопаузу длительностью 2-5 лет имели 2 чел. В данной группе женщин ЗГТ получали двое (длительность приема от 6 мес. до 4 лет), остальные имели противопоказания к назначению ЗГТ.

Выяснено, что среди пациенток с установленным остеопорозом одна женщина получала тирок-

син более 10 лет, одна пациентка имела контакт с токсичными веществами в течение 8 лет (проф. вредности). Отягощенная по остеопорозу наследственность отмечена у двоих.

Возраст женщин с выраженной остеопенией составил 35-66 лет, в среднем 49,8 лет. ИМТ — от 31,5 до 32, в среднем 27,2, что соответствовало 1-й степени избыточного веса. Среди них, 2 чел. с преждевременно наступившей менопаузой, 1 чел. с ранней менопаузой, у 1 женщины отмечались длительные периоды аменореи в фертильном возрасте. Пациенток с хирургической менопаузой длительностью 7-26 лет было трое. Из 12 чел. в данной группе ЗГТ получали четверо, продолжительностью от 6 мес. до 2-х лет. Из оставшихся 8, большинство имели негативный настрой на ЗГТ до проведения обследования.

У всех 55 женщин исследовали доступные нам показатели кальциевого обмена: содержание Са в сыворотке крови и его потерю с суточной мочой. Эти параметры достоверно не различались в группах женщин с остеопорозом и нормальной плотностью костной ткани. Величина снижения МПКТ у всех обследованных не зависела от степени тяжести течения климактерического и постовариоэктомического синдромов. Кроме того, визуализация обследованных участков костного скелета позволила выявить дегенеративно-дистрофические изменения в грудном и поясничном отделах позвоночника в виде остеохондроза, деформирующего спондилеза, сколиоза.

В ряде случаев это дало возможность провести дифференциальную диагностику причин болей в спине у наших пациенток. Указанные изменения выявлены у 17 из 55 обследованных женщин (31 %), то есть, у каждой третьей, что свидетельствует о высокой распространенности вертебральной патологии у женщин в климактерическом периоде.

ВЫВОДЫ

На основании выше изложенного установлено, что 67 % обследованных имели сниженную минеральную плотность костной ткани. Остеопороз установлен у 13 % женщин. Кроме того, у каждой третьей (31 %) из обследованных снижение плотности костной ткани сочетается с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, что клинически выражается полиморфным болевым синдромом, снижающим качество жизни женщин.

НЕСТЕРОВ Ю.И., ГРИШКЕВИЧ Е.В., АРТЫМУК Н.В.
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

По данным разных авторов, частота развития АГ у беременных женщин в России колеблется от 15 до 20 %. Она является одной из главных причин наступления преждевременных родов и перинатальной гибели плода. По данным ВОЗ, с АГ связано 20-30 % случаев материнской смертности. При осложненном течении гипертензии (преэклампсии и эклампсии) всегда существует опасность развития у матери таких тяжелых осложнений, как судорожные припадки, кровоизлияния в мозг, сердечная недостаточность, отек легких, обструкция дыхательных путей с летальным исходом.

В то же время, диагностика АГ у беременных вызывает определенные трудности. Однократное повышение артериального давления (АД) > 140/90 мм рт. ст. регистрируется у 40-50 % женщин. Кроме того, при офисном измерении АД известен феномен «гипертонии белого халата». Чтобы избежать гипердиагностики АГ предлагают использовать амбулаторное мониторирование АД.

Что касается медикаментозного лечения АГ, то в этом вопросе единого мнения нет. Большинство гипотензивных препаратов, широко используемых в терапевтической практике, противопоказано беременным. Открытым остается вопрос, при каком давлении у беременных назначать гипотензивную терапию. Не определена польза лекарственной терапии для течения беременности.

Антигипертензивные препараты могут оказывать как косвенное влияние на плод, снижая маточно-плацентарный кровоток, так и прямое, посредством влияния на кардиоваскулярную циркуляцию плода. Окончательно не решен вопрос и об использовании разных групп антигипертензивных препаратов у беременных. Препаратом первого выбора считается альфа-метилдофа (допегит). Его гипотензивный эффект связан, в основном, со снижением общего периферического сосудистого сопротивления, однако он нередко плохо переносится беременными, что заставляет прекращать лечение.

Данные по использованию β-адреноблокаторов во время беременности противоречивы. При длительном применении они могут вызвать повышенное сопротивление в пупочной артерии и отрица-

тельно влиять на развитие плода. Отмечено развитие брадикардии у плода, кроме того, они могут вызвать преждевременные роды.

Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда считаются безопасными при длительном лечении беременных. В то же время, немецкая фирма «Bayer» и шведская фирма «Astra» не рекомендуют использовать нифедипин в течение всего срока беременности. Ингибиторы АПФ легко проникают через плаценту и могут вызывать опасные осложнения у плода и новорожденного. При их применении описаны случаи внутриутробной гибели плода, развития почечной недостаточности, гипоплазии легких, анемии и стойкой гипотонии у новорожденных.

Такое же действие на плод могут оказывать и антагонисты AT_1-рецепторов (вальзартан, лозартан). Тиазидные и петлевые диуретики не рекомендуется использовать при лечении АГ, вызванной беременностью, в связи с уменьшением при их применении объема циркулирующей плазмы и снижением маточно-плацентарного кровотока. Центральный α_2-агонист клофелин достаточно безопасен для беременных, но он нередко дает нежелательные побочные эффекты (сухость во рту, сонливость, депрессия, феномен отмены).

Следовательно, до настоящего времени нет определенной ясности в вопросах о применении различных антигипертензивных препаратов у беременных женщин.

НОВИКОВА О.Н., ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ЕРМОЛЕНКО Л.Л., СИЛИВАНОВА Н.Б., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

БЕРЕМЕННОСТЬ У ЮНЫХ: ОСОБЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

За последние десятилетия показатели заболеваемости и смертности среди подростков говорят о создавшейся кризисной ситуации в области их физического здоровья. Нежелательная беременность, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, алкоголизм и наркомания, нарушение системы питания – это лишь небольшая часть проблем, с которыми сталкиваются современные подростки.

Большая часть подростков, в основном девушки, осведомлены о негативных последствиях не планируемой беременности. Их беспокоят последствия аборта: бесплодие, заболевания половых органов, осложнения при последующих беременностях, выкидыши. Девушки больше, чем юноши, видят связь между репродуктивным здоровьем и использованием средств защиты от ИППП и искусственным прерыванием беременности.

Беременность в подростковом периоде протекает в условиях функциональной незрелости, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений для матери и плода. Частота осложнений во время беременности и родов достигает 47 %, материнская смертность в 13-17 лет в 5-7 раз выше, чем в общей популяции женщин зрелого репродуктивного возраста.

Мы изучили течение беременности и родов у подростков по данным родильного дома, проанализировав истории родов 60-ти родильниц за 2004 год. От общего числа родов это составило 2,3 %. Роды в 14 лет произошли у 1 (1,7 %), в 15 лет – у 2 (3,3 %), в 16 лет – у 6 (10 %), в 17 лет – у 45 (75 %), в 18 лет – у 6 (10 %). Учащимися средних школ и ПТУ были 29 женщин (48,3 %), остальные нигде не работали и не учились. В браке на момент родов состояли 38 человек (64 %).

Экстрагенитальными заболеваниями страдали 43 родильницы (72 %), из них, хроническим пиелонефритом – 26 %, заболеваниями ЛОР-органов – 31 %, заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 14 %. Имели в анамнезе нарушения овариально-менструального цикла 17 человек (29 %), хронический аднексит – 3 (5 %), эрозию шейки матки – 13 (22 %), бактериальный вагиноз и кандидоз – 22 (37 %), трихомониаз –14 (23,3 %).

Из числа родивших первобеременных было 53 человека (88 %), 7 женщин имели в анамнезе аборты (3), замершие беременности (2) и самопроизвольные выкидыши (2). Наблюдались во время беременности 14 человек (23,3 %). Выявлено во время беременности: генитальный инфантилизм у 10 человек (17 %), узкий таз различной формы и степени сужения у 14 (23,3 %).

Течение беременности осложнилось у 40 женщин (68 %): угроза прерывания беременности в различные сроки, хроническая фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода, гестоз и др. Родоразрешились срочными родами 45 человек (75 %), преждевременными родами – 13 человек (22 %), запоздалыми родами – 2 (3,3 %). При этом, через естественные родовые пути родоразрешены 56 человек (93,3 %), путем операции кесарево сечение – 4 человека (6,7 %).

Осложнения в родах зарегистрированы у 30-ти родильниц (50 %): несвоевременное излитие околоплодных вод, дискоординация родовой деятельности, слабость родовой деятельности, клинически узкий таз и др. Родовой травматизм мягких тканей родового канала различного уровня наблюдался у 58 родильниц (96,7 %). Средняя длительность пребывания в послеродовом отделении составила 6,7 койко-дней. Две женщины (3,3 %) отказались от детей, оставив их в родильном доме. Число осложнений во время беременности и в родах среди подростков, родоразрешенных в родильном доме № 1, превышает таковые по РФ.

Это может быть обусловлено высоким уровнем экстрагенитальной патологии, перенесенными гинекологическими заболеваниями, отсутствием должного наблюдения и лечения во время беременности.

ОСИПОВА О.К., ДЕНИСОВА А.Н., ГРИГОРУК Н.П., КОСТЮКОВА А.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ТЯЖЕЛАЯ АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА, ИСХОДЫ

Асфиксия новорожденного характеризуется утратой или значительным нарушением жизненно важных функций организма ребенка. Тяжелая асфиксия может быть причиной как перинатальной смертности, так и потери его здоровья, и даже привести к инвалидизации.

Нами проанализировано течение беременности, родов, раннего неонатального периода у 55 женщин, родивших детей в тяжелой асфиксии. Абсолютное число беременных были в возрасте до 30 лет. Первобеременные составили 45 %, среди повторно беременных в анамнезе преобладали медицинские аборты (80 %), выкидыши (16 %).

В структуре патологии беременности доминировали угроза прерывания (58,1 %), гестоз различной степени тяжести (49 %), анемия (47,2 %). Хроническая гипоксия плода у 82 % беременных, хроническая фетоплацентарная недостаточность в половине случаев. В соматическом анамнезе 1-е место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (31 %), носительство хронических инфекций в каждом 3-м случае.

Родоразрешение через естественные родовые пути произошло у большинства женщин (63,6 %). Частота операций Кесарева сечения составила 37,4 %, причем по экстренным показаниям было выполнено 70 % всех операций. Показаниями к оперативному родоразрешению явились нарушения сократительной деятельности матки (30 %), отслойка нормально расположенной плаценты (20 %), рубец на матке (15 %), декомпенсация сердечной деятельности плода (10 %), клинически узкий таз (10 %).

Среди осложнений родового процесса преобладала дискоординация и слабость родовой деятельности. В родах использовались следующие виды обезболивания: ДЭА в 45,4 %, ЭТН в 20 %, промедол в 18,1 %, КСЭА в 5,4 %.

При рождении основную долю составили новорожденные с весом от 3000 до 4000 г – 63,7 %, от 2000 до 2999 г – 23,7 %, менее 1500 – 5,5 %. В половине случаев имело место обвитие пуповины вокруг шеи.

Всем детям, родившимся в состоянии тяжелой асфиксии, была оказана немедленная реанимационная помощь в полном объеме. Причем искусственная вентиляция легких в 85,5 % случаев продолжалась не более 15 минут. На длительной ИВЛ (более суток) находились 7 детей, из них 4 недоношенных с синдромом дыхательных расстройств. Доношенные новорожденные получали лечение по поводу массивной аспирации околоплодными водами, в том числе мекониальной.

Все дети, перенесшие тяжелую асфиксию, имели клинические проявления последствий внутриматочной гипоксии и асфиксии. Это синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, болевой синдром на шейном уровне, двигательные нарушения в виде повышенного, пониженного или асимметричного мышечного тонуса, дыхательные расстройства за счет аспирационного синдрома, причем в половине случаев произошла реализация в аспирационную пневмонию. Кровоизлияний в мозг не отмечено, но имело место проявление геморрагического синдрома в виде петехиальной сыпи на лице, других участках тела.

В полном объеме проведено обследование новорожденных, в лечении применялась противоотечная, гемостатическая, антибактериальная терапия, ноотропы. Для лечения болевого синдрома использовался эффералган. Во всех случаях отмечена положительная динамика в течении заболеваний новорожденных. Тем не менее, 42 новорожденных имели неврологическую симптоматику в виде церебральной ишемии 1-2 степени с на-

рушением кровообращения на шейном уровне, 29 детей имели аспирационный синдром. Пребывание в родильном доме составило от 5 до 14 суток. 39 новорожденных (71 %) были выписаны по месту жительства в удовлетворительном состоянии с рекомендациями проведения реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

На второй этап выхаживания переведены 16 детей, в связи с недоношенностью, с сочетанным гипоксически-травматическим поражением головного и спинного мозга, шейного отдела позвоночника.

Таким образом, тяжелая асфиксия новорожденного развивается на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода. Среди прогностически неблагоприятных факторов существенную роль играют фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, гестоз, анемия, нарушение сократительной деятельности матки в родах.

Своевременно и в полном объеме проведенный в родильном зале комплекс реанимационных мероприятий, качественная реабилитация в периоде новорожденности позволяют избежать тяжелых постгипоксических осложнений и перевести абсолютное число детей на амбулаторный этап выхаживания. Существенную роль на сегодняшний день в профилактике и коррекции постгипоксических состояний играет организация кабинета восстановительного лечения с сеансами оздоровительного и закаливающего плавания на базе МУЗ ГКБ № 3.

ПИСКУНОВА Г.В., АРТЫМУК Н.В., ЯНКО Е.В.
Кемеровский государственный университет,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ДЕВОЧЕК, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ И ИНТЕРНАТАХ

Репродуктивное поведение является центральным звеном в процессе репродукции. Ведущими составляющими репродуктивного поведения являются сексуальное поведение, репродуктивная установка и планирование рождаемости. Под репродуктивной установкой понимают предрасположенность индивида с нормальной плодовитостью к рождению определенного числа детей. Репродуктивную установку можно обозначить как направляющий и регулирующий компонент репродуктивного поведения и готовность к определенному результату репродуктивного поведения в конкретном социуме.

Проведено анкетирование 49 девочек-подростков в возрасте 14-17 лет, оставшихся без родительского попечения и воспитывающихся в детских домах и интернатах.

Цель исследования – оценить репродуктивные установки девочек-сирот.

Результаты исследования показали, что оптимальный возраст начала половой жизни, по мнению девочек, составляет 16-25 лет. Большинство девочек начало половой жизни связывают с восемнадцатилетием (53 %), после 20 лет – 26 %, с 16 до 20 лет – 15 %, и только 6 % – после замужества. Оптимальный возраст замужества, по мнению интервьюированных, составляет 20-25 лет (53 %), до 18 лет пожелали выйти замуж 7 % девочек, после 25 лет – 22 % респонденток. Допускают добрачные половые связи 27 % девочек, 67 % относятся к добрачным связям негативно, лишь 6 % девочек затруднились ответить.

Большинство девочек уверены, что рождение детей должно быть в браке (74 %), 20 % считают это условие необязательным, и 6 % допускают рождение детей без семьи. Почти все девочки считают, что дети должны воспитываться в полных семьях, лишь 6 % считают достаточным для воспитания одного из родителей. Подавляющее большинство девочек полагают, что рождение детей должно быть запланированным, 7 % допускают незапланированное рождение детей.

Желаемый возраст для рождения первого ребенка составляет 16-30 лет. Почти половина девочек (42 %) желают родить первого ребенка в 20-22 года, 36 % – в 23-25 лет, после 25 лет – 11 %, до 20 лет – 8 %.

Идеальное (должное) число детей в семье, которое называют подростки, не совпадает с желаемым их числом. Большинство девочек (59 %) считают идеальным наличие двух детей в семье, 24 % – одного ребенка, 12 % – три, и 5 % – четыре ребенка. Желаемое число детей в семье, по мнению 59 % девочек, два ребенка, 38 % девочек – один ребенок, 9 % – трое детей. Желаемое число детей более трех не было указано ни одной девочкой.

Таким образом, репродуктивные установки девочек, оставшихся без попечения родителей, несмотря на проживание и воспитание в детских до-

мах и интернатах, характеризуются стремлением планировать беременность, желанием рожать и воспитывать детей в полной семье, в браке, ориентацией в будущем на средне- и малодетную семью.

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.,
НОВИКОВА О.Н., ПЕРМЯКОВА А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПО ДАННЫМ РОДИЛЬНОГО ДОМА № 1 Г.КЕМЕРОВО

Увеличение частоты применения кесарева сечения, характерное для России в настоящее время, отмечается и в акушерской клинике ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского. В этих условиях чрезвычайно актуально улучшать исходы родов для матери и плода.

Проведен анализ исхода операций кесарева сечения для матери и плода с 2000 по 2004 гг. по материалам родильного дома.

На протяжении пяти лет основными осложнениями послеоперационного периода среди оперированных в плановом и экстренном порядке родильниц явились нарушения инволюции матки в сочетании с гемато- и лохиометрой. У оперированных планово, кроме того, встречались гематомы области послеоперационных швов передней брюшной стенки.

Больших форм гнойно-септических осложнений за анализируемый период не было. Имелись единичные случаи частичного вторичного заживления рубца после опорожнения сером и гематом подкожно-жировой клетчатки. В разряд септических осложнений отнесены единичные случаи частичного вторичного заживления операционных швов, один гнойный мастит в 2002 году, нагноение операционной раны в 2000 году. В период 2000-2004 гг. среди родильниц, родоразрешенных операцией кесарево сечение, случаев материнской смертности не было.

Несмотря на возрастающее число оперативного родоразрешения, в клинике удается удерживать удовлетворительные результаты исходов операций. Это стало возможным, благодаря применению синтетического шовного материала для ушивания разреза на матке и тканей передней брюшной стенки; проведению периоперационной антибиотикопрофилактики при экстренном родоразрешении в 100 % случаев и при плановом оперативном родоразрешении по показаниям; ограничению длительности безводного промежутка (при абдоминальном родоразрешении в родах длительность безводного промежутка не превышает 6-12 часов в 70 % случаев); обеспечению адекватного обезболивания операций и послеоперационного периода, инфузионно-трансфузионной терапии на всех этапах; благодаря активному ведению родильниц; 100 % ультразвуковому скринингу состояния органов малого таза на 2-3 сутки после операции; использованию гистероскопии, вакуум-экскохлеации, длительного промывного дренирования полости матки при выявлении субинволюции матки с наличием в полости застойных лохий, большого количества крови; включению методов экстракорпоральной гемокоррекции в комплексную терапию при высоком риске возникновения гнойно-септических заболеваний, начавшихся осложнениях.

Перинатальная смертность является одним из критериев качества акушерской и неонатальной помощи. Вместе с тем, улучшение показателей перинатальной смертности за счет оперативного родоразрешения возможно лишь до определенного предела частоты операции в популяционной группе – 10-12 %, максимум 15 %.

За последние пять лет показатель перинатальной смертности в РФ снизился на 19,6 % и составляет 12 ‰ на 2002 год. Показатель перинатальной смертности за 2002 год по Сибирскому Федеральному Округу составляет 12,7 ‰, по данным нашего родильного дома – 12 ‰. Частота абдоминального родоразрешения за эти годы выросла с 12,9 % до 15,5 %, по Сибирскому округу до 16,5 %, по нашему учреждению отмечается рост за последние пять лет с 13,4 до 19,3 %. И, хотя мы отчетливо осознаем, что уровень перинатальной заболеваемости и смертности нельзя решить за счет увеличения частоты абдоминального родоразрешения, однако в сохранении жизни и здоровья женщин, новорожденных детей разумное расширение показаний к операции кесарево сечение следует считать оправданным.

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., НОВИКОВА О.Н., СИЛИВАНОВА Н.Б.,
ЕРМОЛЕНКО Л.Л., ПЕРМЯКОВА А.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Гнойно-воспалительные послеродовые заболевания в современном акушерстве представляют одну из наиболее важных проблем.

Проанализировано осложненное течение послеродового, послеоперационного периода. Оценивались клиническое течение послеродового периода, данные ультразвукового исследования, результаты гистологического исследования удаленного субстрата из полости матки, мягких тканей родового канала при реконструктивных операциях на промежности.

Общее количество родов по родильному дому за период 2000-2004 годы составило 12642 случаев. Процент операций кесарево сечение вырос с 17,4 % в 2000 году до 19,3 % в 2004 году. Осложненное течение послеродового периода превалирует у родоразрешенных абдоминальным путем по годам, соответственно, 12,6 – 7,7 – 10,3 – 6,1 – 11,7 %. Уровень осложнений среди оперированных экстренно превосходит – 15,7 – 8,8 – 10,7 – 6,6 – 13,6 %, соответственно. Осложнения у родильниц, родоразрешенных естественным путем, составили по годам 7,2 – 5,4 – 4,9 – 7,7 – 10,3 %.

Нарушение инволюции матки – ведущее осложнение послеродового периода у родильниц за последние пять лет. Субинволюцией матки и лохиометрой осложнилось течение послеродового периода по годам 4,6 – 2,5 – 2,3 – 3,9 – 3,9 %, соответственно; гематометрой по годам 1,5 – 0,5 – 0,6 – 1,1 – 0,9 %.

Вторым по значимости осложнением послеродового периода явилась несостоятельность первичных швов родового канала различного уровня. Она составила 2,8 – 2,6 – 2,4 – 3,8 – 3,9 % по годам, соответственно. При этом, несостоятельность первичных швов промежности не возросла: 3,3 – 3,7 – 2,2 – 2,9 – 1,5 %. Гнойно-септические заболевания среди родильниц имели место у 310 пациенток за пять лет, что составило 2,6 % от числа родов, в динамике по годам 2,8 – 1,9 – 2 – 2,5 – 2,7 %. Высокий удельный вес стертых форм послеродовой инфекции повышает значимость дополнительных методов исследования (УЗИ, гистероскопии, лапароскопии).

Уменьшение числа гнойно-деструктивных форм заболеваний доказывается результатами гистологического исследования соскобов и аспиратов из полости матки. Развернутые формы послеродовой гнойно-септической инфекции (гнойный мастит) последний раз наблюдались в 2002 году. ГСИ у родильниц чаще возникали после родоразрешения через естественные родовые пути: 4,2 – 2 – 2 – 2,7 – 3 % по годам, чем у оперированных путем операции кесарево сечение: 2,1 – 1,5 – 2,4 – 1,8 – 1,6 %.

Удерживать относительно невысокий уровень послеродовых осложнений, гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц по родильному дому удается, благодаря санитарно-эпидемиологическому благополучию в подразделениях родильного дома; профессиональному уровню врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов; активному ведению родильниц после естественного и оперативного родоразрешения; проведению адекватной периоперационной антибактериальной терапии при экстренном родоразрешении; 100 % ультразвуковому скринингу родильниц после оперативного родоразрешения; использованию гистероскопии с диагностической целью; использованию методов экстракорпоральной гемокоррекции в лечении; применению методов вакуум-экскохлеации и длительного промывного дренирования полости матки при нарушении инволюции; использованию методов физиотерапевтического воздействия для улучшения сократительной деятельности матки, уменьшения отека травмированных тканей, повышения защитных сил организма.

РЕНГЕ Л.В., КАШЛЕВА В.В., ГУСЯТИНА Г.Н., ПОЛУКАРОВ А.Н.
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА ЗОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г. НОВОКУЗНЕЦКА

В целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным, снижения материнской, перинатальной смертности, в 1995 году, на основании приказа Департамента охраны здоровья населения № 175, в г. Новокузнецке организован Зональный Перинатальный Центр (ЗПЦ), в состав которого введен клинический родильный дом № 1.

С введением в действие приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 09.12.2004 г. № 308 «О вопросах организации деятельности Перинатальных Центров» родильный дом обеспечивает высокое качество помощи женщинам и детям Юга Кузбасса. То есть, являясь ведущим лечебно-профилактически учреждением охраны здоровья матери и ребенка, акушерским стационаром Ш степени риска (приказ № 83 ДСП) по материнской и перинатальной смертности, в родильном доме оказывают медицинскую помощь по родовспоможению беременным группы высокого риска восьми городов (гг. Новокузнецк, Таштагол, Киселевск, Прокопьевск, Осинники, Мыски, Междуреченск, Калтан) и двух районов (Новокузнецкий и Прокопьевский) Кузбасса.

Основными направлениями работы акушерской службы МЛПУ «ЗПЦ» являются обеспечение высококвалифицированной акушерской помощи беременным группы высокого риска по материнской смертности, перинатальным потерям; консультативно-диагностическое направление; выездная акушерско-реанимационная служба; организационно-методическая и научная работа; обеспечение медицинской помощи по родовспоможению беременным высокой группы риска по материнской и перинатальной смертности Юга Кузбасса.

При анализе работы родильного дома за три последних года отмечается увеличение количества женщин с экстрагенитальными заболеваниями с 45 % (1337 из 2971 пролеченных в стационаре беременных) в 2002 году до 66 % (1478 беременных из 2240) в 2004 году, за счет госпитализации в стационар беременных группы высокого риска (ГВР).

За последний отчетный год в роддоме пролечено 3423 беременных Юга Кузбасса. В отделении патологии беременности пролечено 1400 беременных с различной соматической и акушерской патологией, из них 13 % (183 беременных) с тяжелой патологией.

В структуре пролеченных беременных Юга Кузбасса с тяжелой патологией госпитализированы и родоразрешены в роддоме ЗПЦ 6 беременных (75 %) с инсулинзависимым тяжелым сахарным диабетом, 19 беременных (52 %) с тяжелой патологией нервной системы, в т.ч. с травматической болезнью головного мозга, отдаленными последствиями ДЦП, травматической болезнью позвоночника с металлотрансплантатом, 118 беременных (38,4 %) с тяжелыми гестозами (тяжелая преэклампсия). Из 16 беременных Юга Кузбасса с предлежанием плаценты 10 чел. (62 %) родоразрешены в ЗПЦ, из 60 беременных с заболеваниями крови обследованы, пролечены и родоразрешены 30 (50 %). Согласно годовому отчету, в родильном доме ЗПЦ в 2004 году родоразрешены только 18,8 % здоровых беременных.

Ориентируясь на решение задач акушерской службы, с момента организации ЗПЦ предусматривается изменение стратегии деятельности акушерского стационара. Актуальной формой работы становится консультативно-диагностическая помощь беременным ГВР на территориях, клинико-экспертная работа лечебных учреждений родовспоможения Юга Кузбасса. Для оказания консультативно-диагностической помощи в родильном доме организован амбулаторный прием с обследованием в кабинете функциональной диагностики.

Так, в 2004 году были приняты 1200 беременных с экстрагенитальными заболеваниями или отклонениями в течении беременности. Из них, 940 жительниц Новокузнецка, 81 из Мысков, 28 из Междуреченска, 23 из Прокопьевска, 52 сельских жительницы, 13 беременных из Киселевска, 16 из Осинников.

Следующей формой консультативной помощи является консультация беременных группы высокого риска по месту жительства с выездом врача акушера-гинеколога ЗПЦ на территории, согласно составленному плану работы. Проводится обсуждение плана ведения беременной, решается вопрос о сроке, методе и месте родоразрешения. За 2004 год проведено 14 плановых посещений стационаров Юга области.

С целью оказания высоко квалифицированной акушерской помощи при ургентных ситуациях на территориях, создана выездная бригада ЗПЦ в составе врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, акушерки. При отсутствии возможности транспортировки беременной в головное лечебное учреждение, для практической помощи врачам родильных домов территорий выезжает акушерская реанимационная бригада. За

три последних года отмечается снижение количества выездов на территорию, что связано с правильной организацией работы, своевременным переводом беременных группы высокого риска в роддом ЗПЦ. Так, в 2002 году было 15 выездов на территории, в 2003 и 2004 гг. – по 10 выездов.

Для целенаправленного влияния на качество и эффективность медицинской помощи жительницам Юга Области, разработана система организации, отработана модель взаимодействия между ЗПЦ и акушерскими стационарами территорий. Согласно плану работы, ежемесячно проводятся клинические конференции с главными специалистами городов и районов, руководителями родильных домов, женских консультаций с обсуждением маршрута и тактики ведения беременных группы высокого риска.

Таким образом, созданная система мониторинга беременных женщин высокого риска из городов Юга Кузбасса и сельских районов, проведение конкретных мероприятий деятельности акушерской службы дают положительные результаты. За последние 5 лет имеется тенденция к снижению материнской смертности по области (64,0 в 2000 г.; 43,3 в 2001 г.; 37,5 в 2002 г.; 29,5 в 2004 г.) и по Югу Кузбасса (в 2002 г. 45,5; в 2003 г. 36,4; в 2004 г. 29,7). Перинатальные потери за последние 3 года в пределах 10 ‰ (10,85 в 2002 г.; 9 в 2003 г.; 11 в 2004 г.)

Дальнейшее совершенствование деятельности ЗПЦ по внедрению современных перинатальных технологий позволит повысить качество и объем медицинской помощи женскому населению Юга Кузбасса. В сложившейся ситуации ведущую роль в службе родовспоможения занимает ЗПЦ, призванный обеспечить высокий уровень специализированной акушерской и неонаталогической помощи в регионе.

САМУСЕНКО Н.А., ГУСЯТИНА Г.Н., СИВОВА Н.Д., РЕНГЕ Л.В.
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ПЛАНОВЫХ КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЗПЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА

Проблеме кесарева сечения в нашей стране уделяется особое внимание. В настоящее время кесарево сечение является наиболее распространенной родовспомогающей операцией. Расширение показаний к этой операции является одной из особенностей современного акушерства. Согласно данным Кулакова В.И. с соавт. (2004), во многих клинических учреждениях России, являющихся коллекторами различной акушерской и экстрагенитальной патологии, частота операций превышает 30 %. Кроме того, структура показаний к кесареву сечению различна при плановых и экстренных операциях.

Показатель кесаревых сечений в родильном доме ЗПЦ г. Новокузнецка составил 21 %. В 2004 году в родильном доме ЗПЦ было принято 2011 родов, КС – 422. Плановые операции составили 7,9 % от общего количества родов или 43 % от всех кесаревых сечений. Экстренные операции – 13,1 % от общего количества родов или 57 % от всех оперативных родов.

Цель исследования – определение структуры плановых кесаревых сечений, в зависимости от паритета.

Нами проведен анализ 179 историй родов у беременных, находившихся на дородовой подготовке в отделении патологии беременности (ОПБ) и родоразрешенных оперативным путем в плановом порядке. Беременные, в основном, были в возрасте от 19 до 39 лет. Все беременные разделены на две группы: 1 группа – 68 человек (37,9 %) – первородящие; 2 группа – 111 человек (62,1 %) – повторнородящие.

Основными показателями для планового кесарева сечения в 1-й группе явилось тазовое предлежание плода в сочетании с сопутствующей акушерской патологией (фетоплацентарная недостаточность, нарушение пуповинного кровотока, наличие узкого таза) – 23 (33,8 %); миопия высокой степени – 14 (20,6 %); антенатальный дистресс плода – 7 (10,3 %); патология нервной системы – 5 (7,4 %), в т.ч. травматическая болезнь головного мозга (отдаленные последствия ДЦП), травматическая болезнь позвоночника, с наличием металлотрансплантата.

Кроме того, оперативным путем родоразрешены 1 беременная после ЭКО (1,5 %), две с индуцированными беременностями (2,9 %), прочие – 16 (23,5 %), в т.ч. анатомическая диспропорция между головкой плода и тазом матери (4), миома с низким расположением узла (2), перенашивание (2), патология костного таза (2), илеофеморальный тромбоз (1), двойня с неправильным положением одного из плодов (1), предлежание плаценты (3), сахарный диабет (1).

Во 2-й группе беременных основным показанием к родоразрешению явился рубец на матке – 68 случаев (61,2 %). При этом, во всех случаях

имелось сочетание рубца на матке с отягощающими обстоятельствами: локализация плаценты по рубцу (9); истончение нижнего сегмента (10); крупный плод (12); миопия с периферической дистрофией сетчатки (2); эпилепсия (1); врожденные пороки сердца и сердечно-сосудистая патология (3); перинатальные потери в анамнезе (2); более 2-х рубцов на матке (5); признаки хронической плацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии (12), в т.ч. трехкратное обвитие пуповиной у 3 детей, двукратное у 6; тяжелая эндокринная патология (3) (гипоталамический синдром, ожирение 4 степени, гипотериоз, вторичная артериальная гипертензия 2 степени); отсутствие эффекта от индукции в роды (9 человек).

На 2-м месте в структуре показаний к оперативным родам в группе повторнородящих было неправильное положение плода (тазовое, поперечное, косое, в т.ч. один из двойни) – 12 (6,7 %). У 11 беременных (6,1 %) основным показанием к КС были экстрагенитальные заболевания (порок сердца, миопическая болезнь, симфизит, осложнения варикозной болезни). Анатомически узкий таз у 5 женщин (4,5 %), гестоз тяжелой степени у 3 (2,7 %). В 4-х случаях (2,2 %) плановое КС проведено по поводу предлежания плаценты.

Таким образом, основными показаниями к плановому КС у первородящих женщин явились тазовое предлежание плода в сочетании с сопутствующей патологией и экстрагенитальные заболевания (нервной системы, миопия с дистрофическими изменениями сетчатки). В группе повторнородящих основным показанием явился рубец на матке, что связано с расширением показаний для КС в первых родах, отсутствием возможности объективного контроля за состоянием рубца в родах, повторяемостью акушерской, соматической ситуации.

Увеличение числа беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией, требующих оперативного родоразрешения, показывает низкий уровень здоровья в наиболее благоприятных для деторождения возрастных группах. Исходя из проведенного анализа, определяются пути снижения количества плановых кесаревых сечений. Своевременное применение современной технологии лечения миопии с дистрофическими изменениями сетчатки у первородящих (лазер-коагуляция за 6 месяцев до родов) и применение в родах у повторнобеременных с рубцом на матке допплерометрии с цветным картированием позволит снизить уровень оперативных родов.

ТРИШКИН А.Г., НИКОЛАЕВА Л.Б., АРТЫМУК Н.В., КАЛЯДОВ В.А.
Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровское областное паталогоанатомическое бюро,
г. Кемерово

КОМПЛЕКСНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

В настоящее время отсутствуют четкие диагностические критерии хронической плацентарной недостаточности, что создает трудности при ее выявлении. Каждый отдельно взятый метод не позволяет эффективно оценить степень нарушений в фетоплацентарном комплексе, что ведет к гипердиагностике плацентарной недостаточности и необоснованности проведения медикаментозной терапии (Молгачева Е.В., 2004).

Цель исследования – провести комплексную оценку состояния фетоплацентарного комплекса при беременности и в родах у пациенток с плацентарной недостаточностью (ПН).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

I группу составили 115 женщин с гистологически подтвержденным диагнозом ПН, в зависимости от степени компенсации ПН пациентки были разделены на две подгруппы: в Iа подгруппу вошли 81 женщина с компенсированной формой ПН, в Iб – 34 пациентки с субкомпенсированной ПН. II группу составили 36 женщин без ПН. Всем пациенткам во время беременности проводились кардиотокография (КТГ) фетальным монитором «FETALGARD 3000» с оценкой результатов исследования по шкале Fischer W., ультрасонография плода, плаценты аппаратом «Aloka 630», допплерометрическое измерение скоростей кровотока в артерии пуповины, подсчет биофизического профиля плода (БФПП) по методике Manning F.A. (1985).

В родах всем роженицам выполнялась КТГ. Морфологическое исследование последов проводилось по стандартной методике формалиновой фиксации, спиртовой проводки и парафиновой за-

ливки с изготовлением срезов толщиной 6-8 мкм и их окраской гематоксилином и эозином.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием ППП «STATISTICA for WINDOWS 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты КТГ показали, что оценка по шкале Fischer W. у пациенток в Iа подгруппе была достоверно выше, чем у женщин в Iб и статистически значимо ниже, чем во II группе: 7,5 ± 0,4, 7,2 ± 0,7 ($p = 0,003$) и 7,8 ± 0,3 баллов, соответственно ($p < 0,001$). Оценка БФПП у женщин Iа подгруппы была статистически значимо выше, чем в Iб подгруппе – 7,2 ± 1,1 и 6,5 ± 1 баллов ($p = 0,001$), и ниже, чем во II группе – 8,1 ± 0,3 баллов ($p < 0,001$). Оценка кривых скоростей кровотока в артерии пуповины показала, что значение систоло-диастолического отношения в Iа подгруппе достоверно ниже, чем в Iб – 2,6 ± 0,3 и 2,9 ± 0,5 ($p < 0,001$), и выше, чем в группе сравнения – 2,3 ± 0,1 ($p < 0,001$).

Результаты интранатального КТГ показали, что оценка по шкале Fischer W. у пациенток с компенсированной ПН была достоверно выше, чем у женщин с субкомпенсированной ПН, статистически значимо ниже, чем при отсутствии ПН, и составляла 7,1 ± 0,5, 6,8 ± 0,8 и 7,6 ± 0,6 баллов, соответственно ($p = 0,006$; $p < 0,001$).

Таким образом, для пациенток с фетоплацентарной недостаточностью во время беременности характерно снижение оценки КТГ по шкале Fischer W., показателя БФПП, повышение систолодиастолического отношения в артерии пуповины. Указанные отклонения более выражены у пациенток с субкомпенсированной ПН. В родах у женщин с плацентарной недостаточностью имеет место ухудшение показателей функционального состояния плода, указанные изменения более выражены у пациенток с субкомпенсированной ПН.

ХАЛЬЗОВА Е.Я., КАРПОВИЧ Л.А., ШАКЛЕИН А.В.,
МАРИНКИН И.О., ХОПТЯН Д.А.
Новосибирская областная клиническая больница,
Новосибирский областной перинатальный центр,
Новосибирская государственная медицинская академия,
г. Новосибирск

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОВОДИЕМ ВО II-III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Проблема внутриутробного инфицирования (ВУИ) в современном акушерстве остается актуальной. Наличие ВУИ приводит к неблагоприятному течению беременности (невынашивание, преждевременные роды), а также резко нарушает компенсаторно-приспособительные механизмы плода, что нередко приводит к перинатальным потерям. Своевременное выявление инфекции, и ее адекватное лечение позволили бы снизить показатели перинатальной заболеваемости и смертности, улучшить прогноз беременности.

Цель исследования – выявление ВУИ при исследовании околоплодных вод у беременных с многоводием, разработка тактики ведения беременных во II-III триместре.

Проведено обследование 23 беременных с наличием хронического многоводия во II и III триместре беременности, находившихся на лечении в областном перинатальном центре – 8 беременных во II триместре, 15 – в III триместре. Возраст наблюдаемых от 20 до 39 лет. У большинства женщин имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Диагноз многоводия выставлен на основании данных объективного обследования (быстрый рост матки) и результатов ультразвукового исследования (определения индекса амниотической жидкости).

Проводилось общеклиническое обследование беременных, микроскопическое исследование влагалищных мазков, бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала, околоплодных вод, ПЦР-соскоб из цервикального канала, исследование околоплодных вод и крови на TORCH-комплекс, ИФА околоплодных вод и крови на ЗППП. Забор околоплодных вод проводился в асептических условиях при проведении диагностического амниоцентеза и во время операции кесарева сечения у беременных с доношенным сроком. Кесарево сечение проводилось по акушерским показаниям.

При бактериологическом исследовании околоплодных вод в 15 случаях (65,2 %) преобладала условно-патогенная флора (стафилококк, кишечная палочка). В 5 случаях (21,7 %) отмечено совпадение микрофлоры околоплодных вод и содержимого цервикального канала. При исследовании околоплодных вод и крови на TORCH-комплекс

в 4 случаях (17,4 %) в околоплодных водах и венозной крови выявлено наличие антител класса G к токсоплазмозу, цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса, но в околоплодных водах в более низких титрах. При ИФА околоплодных вод в 2 случаях (8,7 %) обнаружены иммуноглобулины классов А и G к микоплазме, что соответствовало результатам ИФА крови и ПЦР-диагностике.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о неблагоприятном влиянии инфекции (в большем проценте случаев условно-патогенной микрофлоры) на возникновение патологии околоплодных вод, в частности многоводия. Беременным с воспалительным процессами урогенитального тракта целесообразно проводить клинико-лабораторный мониторинг, включая бактериологическое, иммунологическое обследование.

Своевременная ранняя диагностика ВУИ позволяет выбрать оптимальную тактику ведения беременных с многоводием.

ЧЕРНЫШОВА А.Л., КОЛОМИЕЦ Л.А., КРИЦКАЯ Н.Г.
ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН,
г. Томск

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Изучение различных аспектов патогенеза предрака и рака эндометрия является одной из актуальных задач онкогинекологии и обусловлено, прежде всего, неуклонным ростом этой патологии. Перспективным направлением в решении этой проблемы является объективное формирование групп онкологического риска и, прежде всего, среди больных с различными пролиферативными процессами эндометрия.

Гиперпластические процессы эндометрия, являясь пролиферативными, гормонообусловленными заболеваниями, при длительном их течении и частом рецидивировании могут быть фоном, на котором возможно развитие злокачественного поражения. Риск опухолевой трансформации гиперпластических процессов эндометрия значительно возрастает как при различных гормонально-метаболических нарушениях в организме в целом, так и при местных изменениях тканевого обмена органа-мишени. Несмотря на значительное расширение числа инструментальных методов исследования, точность прогноза развития рака эндометрия на фоне гиперпластических процессов колеблется от 53 до 87 %.

До сих пор в литературе дискутируется вопрос о роли предраковых изменений в развитии рака эндометрия. Изучаются вопросы регуляции местного гомеостаза, где принимают участие не только эстрогены системного уровня, но и биогенные амины и пептидные гормоны, вырабатываемые клетками диффузной эндокринной системы (APUD-системы) эндометрия. В настоящее время имеются данные о взаимосвязи клеток APUD-системы с пролиферативной активностью клеток эндометрия, как при гиперпластических процессах, так и при раке эндометрия.

Вместе с тем, развитие гиперплазии эндометрия возможно не только в результате повышенной пролиферации клеток, но и вследствие нарушения механизмов их запрограммированной гибели. В регуляции апоптоза принимают участие большое число различных факторов, в том числе, протоонкоген семейства bcl-2, который рассматривается, как биологический маркер процесса клеточной гибели. Резистентность клеток к гибели путем апоптоза играет важную роль при раковом перерождении клеток и может проявляться еще на предраковых стадиях заболевания.

Существование тесной взаимосвязи между процессами пролиферации и апоптоза, а также процессами, регулирующими их в тканях, предопределяют необходимость их комплексной оценки. Большинство данных литературы, касающихся оценки состояния этих процессов, носит односторонний характер, не учитывающий связи с местными регулирующими факторами и клинико-морфофункциональными особенностями при различных пролиферативных процессах эндометрия.

Таким образом, дальнейший поиск прогностических клинико-морфофункциональных факторов, которые позволили бы объективизировать формирование групп повышенного онкологического риска, представляется перспективным в плане повышения эффективности профилактики рака эндометрия.

ЯКОВЛЕВА Н.В., ЕВСЮКОВА Ю.М., АГАДЖАНЯН К.В., ВАНЕЕВА Л.С.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Миома тела матки остается актуальной проблемой в современной гинекологии в связи с ее большой распространенностью среди женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных с миомой матки путем использования эндоскопических технологий в целях сохранения детородной и менструальной функций у женщин.

Проведено обследование 249 больных с миомой матки в возрасте от 25 до 60 лет. Большинство пациенток (60 %) находились в репродуктивном возрасте. Для решения вопроса о выборе метода лечения всем пациенткам были проведены клинико-лабораторное обследование, расширенная кольпоскопия с цитологическим исследованием, ультразвуковое сканирование абдоминальным и трансвагинальным датчиком, гистероскопия с последующим гистологическим исследованием эндометрия.

В результате проведенного исследования было выявлено, что около 50 % больных обращались на поздней стадии развития заболевания, когда размеры матки превышали 10 недель, что ограничивало возможность проведения консервативного лечения и органосохраняющих малоинвазивных оперативных вмешательств. Сопутствующая патология эндометрия выявлена у 71 % больных с миомой матки: в 67,5 % случаев встречались гиперпластические процессы эндометрия, рак эндометрия обнаружен у 5 пациенток с миомой матки.

Выбор метода лечения пациенток с миомой тела матки зависел от возраста женщины, желания сохранить репродуктивную функцию, размеров и расположения узлов, наличия единичных или множественных узлов, гистологического исследования эндометрия, клинических проявлений заболевания.

Консервативная терапия проведена 169 больным с небольшими размерами миоматозных узлов. Оперативное лечение миомы матки проведено 197 больным. Радикальное хирургическое лечение проведено 80 пациенткам с миомой матки: лапаротомическим у 62 пациенток (77,5 %) и лапароскопическим доступом – у 18 пациенток (22,5 %). Лапароскопический доступ использовался нами у больных с небольшими размерами матки (до 8-9 нед).

Органосохраняющее хирургическое лечение (консервативная миомэктомия) проведено у 117 пациенток с миомой матки. Данное хирургическое вмешательство проводилось лапаротомическим, лапароскопическим и гистероскопическим доступом женщинам репродуктивного возраста, желающим сохранить или восстановить репродуктивную функцию. Миомэктомия лапаротомическим доступом проведена у 4 больных с крупными интерстициальными узлами, растущими в полость матки, лапароскопическая миомэктомия – у 48 женщин при узлах истмико-субсерозных и субсерозных, трансцервикальная миомэктомия при помощи гистероскопа – у 65 больных при подслизистых миоматозных узлах, что позволило сохранить орган и детородную функцию у женщин.

Таким образом, при обращении больных на ранних стадиях развития миомы матки возможно проведение консервативной медикаментозной терапии с целью стабилизации размеров опухоли или уменьшения ее размеров. Женщины, заинтересованные в беременности, но страдающие миомой и бесплодием, нуждаются в органосохраняющем оперативном лечении (миомэктомии). Женщины позднего репродуктивного и менопаузального возраста при больших размерах миомы матки нуждаются в проведении радикального лечения. Проведение гистерэктомии лапароскопическим доступом сокращает сроки пребывания в стационаре, улучшает качество жизни больных.

ЯКОВЛЕВА Н.В., ЕВСЮКОВА Ю.М., ВАНЕЕВА Л.С., АГАДЖАНЯН К.В.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Среди воспалительных процессов женских половых органов ведущая роль принадлежит гнойной инфекции, которую отличает длительное прогрессирующее течение, склонность к рецидивам, высокая частота полиорганных осложнений.

Цель исследования – определение роли и возможности лапароскопии в лечении гнойных вос-

палительных заболеваний органов малого таза (ГВЗОМТ).

Проведен анализ результатов обследования и лечения 110 женщин, госпитализированных в отделение гинекологии с ГВЗОМТ. Возраст больных колебался от 15 до 55 лет. Подавляющее большинство обследованных (95 %) составили женщины репродуктивного возраста. Показаниями к оперативному лечению явились: острый гнойный пельвиоперитонит и гнойный 2-сторонний сальпингит – у 28 пациенток, пиосальпинксы – у 30, тубооваривальные абсцессы – у 35, абсцессы позадиматочного углубления – у 15.

У 95 пациенток использовали лапароскопический доступ, у 15 – лапаротомический. Выбор доступа и объема хирургического вмешательства определяли с учетом изложенных ниже условий: возраст пациентки; наличие в анамнезе родов; степень деструкции маточных труб и яичников.

Выполнены следующие виды операций: односторонняя аднексэктомия – 15, односторонняя аднексэктомия и односторонняя сальпигэктомия – 10, двухсторонняя сальпингэктомия – 2, односторонняя сальпингэктомия – 12, рассечение и санация пиосальпинкса и формирование сальпингостомы – 14, экстирпация матки с придатками – 15 пациенткам. 9 пациенткам были выполнены симультанные операции: резекция кишечника – 2, аппендэктомия – 2, резекция сальника – 5.

Удаление придатков было выполнено у всех больных с тубооваривальным абсцессом, независимо от возраста пациентки, а также у больных старшего репродуктивного возраста с абсцессом яичника и пиосальпинксом. Удаление маточных труб проведено при выраженных деструктивных поражениях маточной трубы. Лапаротомия и экстирпация матки с придатками проведена 10 пациенткам репродуктивного возраста с наличием гнойного метрита и межкишечных абсцессов, а также 5 женщинам менопаузального возраста с абсцессами придатков матки. Чаще всего это наблюдалось при возникновении воспалительного процесса на фоне длительного стояния внутриматочных контрацептивов.

Органосохраняющее лечение было выполнено у 14 пациенток репродуктивного возраста с гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом, а так же с пиосальпинксом единственной маточной трубы или абсцессом яичника. Данным пациенткам, после проведения лечебно-санационной лапароскопии и дренирования гнойных образований, в послеоперационном периоде проводилась динамическая лапароскопия с оценкой течения воспалительного процесса и адекватности проводимых мероприятий.

Таким образом, лапароскопия является высокоэффективным методом лечения больных с ГВЗПМ. Она позволяет выполнить адекватный объем операции в зависимости от клинической формы гнойного процесса в придатках матки. Использование лапароскопии у женщин репродуктивного возраста уменьшило количество радикальных вмешательств на 50 %, способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода и сохранению менструальной и репродуктивной функций у женщин. Лапаротомия явилась наиболее оптимальным способом лечения пациенток с осложнениями гнойных тубооваривальных образований.

АЛЬПЕРОВИЧ Б.И., МАРЬИНА М.Е., ЛЫЗКО И.А.
Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск

КРИОХИРУРГИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Диапазон хирургических вмешательств при кистах поджелудочной железы широк: от наружного дренирования кисты до обширных резекций пораженного органа. Наружное дренирование кисты является паллиативной и вынужденной операцией при острых, инфицированных, тонкостенных, несформировавшихся и больших постнекротических кистах головки и тела железы. Вмешательство направлено на предупреждение осложнений (аррозивное кровотечение, нагноение, разрыв).

Операции внутреннего дренирования кист (цистогастростомия, цистоэнтеростомия, цистодуоденостомия) показаны при неудалимых, неинфицированных и сформировавшихся кистах железы. Цистэктомия, резекции железы являются радикальными операциями, выполняются при небольших, многокамерных, рецидивных кистах хвоста и тела железы. Однако частота выполнения таких операций обычно не превышает 20 %.

Дополнительное применение криодеструкции или криорезекции при кистах поджелудочной железы улучшает качество операции за счет уменьшения интраоперационной кровопотери и предупреждения рецидива кист, особенно описторхозного характера, которые относятся к истинным кистам. Поэтому при использовании криотехники гибель эпителиальной выстилки кисты приводит к прекращению выработки секрета.

В клинике кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ с 1980 по 2004 гг. оперированы по поводу кист поджелудочной железы 78 человек (52 мужчины и 26 женщины). Из них, криохирургическому воздействию подверглись 26 больных (33 %). Выбор метода и объема операции при кистах определяли индивидуально, в зависимости от причины образования, локализации, сроков, размеров и содержимого.

Наружное дренирование кисты железы, вскрытие и тампонирование полости кисты сальником применяли у 32 больных (42 %), при этом криодеструкцию использовали у 11 (34 %). Из них, у 14 человек в послеоперационном периоде развились осложнения, которые в 1 случае привели к летальному исходу. Наиболее часто отмечены панкреатические свищи (9 больных), в 2 случаях – панкреонекроз с развитием гнойных осложнений, по одному случаю встретились затеки под печень, переднюю брюшную стенку, неполный толстокишечный свищ.

Внутреннее дренирование кисты железы выполнили у 23 больных (29 %), из них криодеструкция – у двух (9 %). Один больной умер в послеоперационном периоде от тромбоэмболии легочной артерии.

Цистэктомию применили у 11 человек (14 %), с криодеструкцией – у 7 (64 %). В этой группе больных осложнений не наблюдалось.

Резекции поджелудочной железы выполнили 12 больным (15 %), причем резекция с криодеструкцией – 5 (42 %), криорезекция железы – одному. У 4 больных в послеоперационном периоде встретились различные осложнения (в 1 случае панкреонекроз с гнойными осложнениями, этот больной умер, в другом случае – поддиафрагмальный абсцесс, в 2-х – панкреатические свищи).

Послеоперационная летальность при хирургии кист поджелудочной железы составила 3,8 % (3 больных).

АЛЬТШУЛЕР Е.М., ЗАПОЛЬНОВ Г.П., ПОГОРЕЛОВ Е.А., КОШКИН А.С.
МУЗ Городская клиническая больница № 2, г. Кемерово

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ДИПЛОИДНЫХ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА В ХИРУРГИИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ

Одной из важнейших проблем лечения больных с обширными глубокими ожогами является своевременное восстановление целостности кожных покровов. Чем раньше восстановлен основной массив поврежденных кожных покровов, тем меньше осложнений (Атясов Н.И., 1972). Однако даже полноценное комплексное лечение, включающее в себя раннее удаление нежизнеспособных тканей и применение традиционной кожной пластики сетчатыми трансплантатами, может оказаться недостаточным для спасения жизни тяжелообожженных из-за дефицита донорской кожи, используемой при аутодермопластике.

С такой проблемой и пришлось столкнуться врачам отделения термотравмы г. Кемерово в конце 2002 года, когда началось широкое внедрение

метода ранних некрэктомий. Разорвать порочный круг стало возможным благодаря применению нового эффективного метода — трансплантации диплоидных клеток человека. При обширных глубоких ожогах 3б-4 ст. метод предусматривает применение комбинированной аутодермопластики с трансплантацией диплоидных клеток и использованием сетчатых кожных лоскутов, перфорированных в соотношении 1 : 6.

Метод использован у 8 больных с ожогами 3б-4 ст. от 35 до 60 % поверхности тела, 5 мужчин и 3 женщин. В 3 случаях использовалась взвесь клеток, в 5 случаях клетки были фиксированы на покрытии «Фолидерм». Культура клеток доставлялась из г. Екатеринбурга железной дорогой в течение 26 часов. Во всех случаях проведена тангенциальная некрэктомия струпа, причем у 3 больных трансплантация взвеси проведена непосредственно после операции, у 5 больных — через 2 дня после некрэктомии. Рану закрывали повязкой с водорастворимой мазью «Левасин». Первая перевязка проводилась на 2-е сутки.

Получены следующие результаты: во всех случаях на 3 сутки после трансплантации отмечена активная краевая эпителизация ячеек сетчатых трансплантатов, они покрывались тонкой пленкой фибрина. На участках, где подлежащая поверхность представляла собой жировую клетчатку, разрастание клеток было не столь отчетливым.

Даже относительно небольшой опыт использования данной технологии позволяет сделать вывод о перспективности использования его в практике ожоговых отделений. Недостатком, на наш взгляд, является высокая цена препарата, которая не учтена в программе обязательного медицинского страхования, что не позволяет применять его по показаниям. Кроме того, необходимо продолжить поиск оптимального способа транспортировки культуры клеток.

АЛЬТШУЛЕР Е.М., БРЕЖНЕВ Е.В., ГНЕДЬ М.А., ЧИСТЯКОВ О.Р.
МУЗ Городская клиническая больница № 2,
г. Кемерово

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЯЧЕИСТЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН

Рост числа обожженных в России заставляет искать все более эффективные методы местного лечения ожоговых ран, причем лечение под повязками является основным. Не отвергая достоинств и дешевизны традиционных марлевых повязок с различными препаратами, нужно отметить, что марлевые повязки, быстро высыхая, плотно фиксируются к ране, теряют возможность их дренирования, а при замене травмируют растущий эпителий.

В последние годы появилась серия мазевых ячеистых покрытий: «Воскопран», «Бранолинд», «Ломатюель», представляющих собой полиамидную сетку, пропитанную различными составами.

Цель исследования — сравнительная оценка скорости эпителизации и антибактериальной активности этих покрытий у 56 пациентов (42 мужчины и 12 женщин), со средним возрастом 38,4 лет и дермальными ожогами до 30 % поверхности тела.

Препараты применялись на 5-6 сутки после полученного ожога, т.е. при развитии воспаления в ранах, путем наложения на соседние участки. При этом размеры раневой поверхности измерялись по отпечатку на марлевой салфетке, бактериальная обсемененность подсчитывалась по стандартной методике. Нужно сразу отметить, что повязка «Воскопран» заметно грубее, менее эластична и хуже моделируется по дну раны, чем остальные, что затрудняет применение ее при раневых дефектах с неровным дном. Сроки эпителизации при использовании Воскопрана составили 16,4 дней, Бранолинда — 14,8, Ломатюеля — 14,5, в контроле — 18,3 дней.

Результаты исследования показали более высокую эффективность «Бранолинда» и «Ломатюеля», раны зажили раньше, в среднем, на 4 дня. Проведенные бактериологические исследования показали, что чаще других высевались золотистый стафиллококк (62 %) и синегнойная палочка (32 %), реже стрептококки и протей. Количество колоний заметно снижалось при применении «Воскопрана», тогда как при применении остальных повязок, оно менялось незначительно. По-видимому, антибактериальная активность входящих в него компонентов выражена значительнее. Кроме того, их можно менять в зависимости от чувствительности микрофлоры ран.

Таким образом, повязки типа «Бранолинд», «Ломатюель» целесообразнее применять на свежих ранах, когда нагноение еще не развилось, «Воскопран» лучше использовать для лечения уже нагноившихся ран.

АНДРЕЙЧУК М.Е., ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., ПУШКОВ В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ

Мочекаменная болезнь занимает первое место в структуре нозологических форм урологического отделения. За 2002-2004 гг. в урологическом отделении пролечены 940 пациентов с различными формами уролитиаза. В связи с появлением возможности выполнения эндоскопических вмешательств, существенно изменилась тактика лечения пациентов с локализацией камней в мочеточниках. При выборе метода лечения камней учитываются такие параметры, как размер камня, его форма, местоположение, размеры ранее отходивших камней у данного пациента.

Примерно у 80 % пациентов с камнями размером не более 4 мм можно ожидать самопроизвольного их отхождения. Если диаметр камней превышает 7 мм, то вероятность самопроизвольного отхождения камней резко снижается. В целом, частота самопроизвольного выхода камней при локализации в проксимальном отделе мочеточника составляет 25 %, в среднем отделе – 45 %, в дистальном отделе – 70 %.

Если размеры камней позволяли предполагать их самостоятельное отхождение, проводилась консервативная терапия (медикаментозная, физиотерапевтические процедуры, лечебная гимнастика). Рекомендуется применять диклофенака натрия 50 мг в виде суппозиториев или таблеток два раза в сутки в течение 3-10 дней, что позволяет уменьшить отек слизистой мочеточников и риск возобновления болей. Камнеизгоняющая терапия оказалась эффективной у 571 пациента.

За 2002-2004 гг. в нашем отделении выполнено 265 контактных ретроградных уретерлитотрипсий (КУЛТ) 259 пациентам: 168 (63 %) – камни нижней трети мочеточника, 33 (12,5 %) – средней трети, 64 (24,5 %) – верхней трети; у двух пациентов – камень мочеточника единственной почки, анурия; у 1 пациента – КУЛТ камней дистальных отделов мочеточников с двух сторон. У 3 пациентов удалены камни нижней трети мочеточника и лоханки; у 2 пациентов выявлены множественные камни мочевого пузыря, которые не мешали проведению уретероскопии. У 2 пациентов при проведении вмешательства выявлены поверхностные одиночные опухоли мочевого пузыря, выполнена трансуретральная резекция.

Шести пациентам вмешательство выполнялась дважды: двум проводилось повторное дробление крупных фрагментов; у 1 пациента открылась уретероррагия, препятствующая продвижению эндоскопа, дробление камня выполнено через 5 дней; у 1 пациента камень мигрировал из в/трети мочеточника в лоханку, через 3 дня камень вышел в мочеточник, вновь приступы почечных колик, при повторной уретероскопии камень разрушен; в двух случаях, из-за продолжающихся приступов почечных колик, при повторной уретероскопии установлен стент.

У 4 пациентов произошла перфорация мочеточника. В трех случаях установлен стент эндоскопически, в одном случае установить стент не удалось, выполнена люмботомия, уретеролитотомия, ушивание перфорационного отверстия. В четырех случаях, после неудавшейся попытки удаления камней эндоскопически, выполнена уретеролитотомия.

КУЛТ является высоко эффективным методом лечения, приближающимся к 100 %, особенно при локализации камней в дистальных отделах мочеточника.

АНДРЕЙЧУК М.Е., ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., ПУШКОВ В.В., ВОРОНИН Ю.С.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ

Уретеролитиаз является самой частой причиной обращений по неотложной помощи в урологии. За 2002-2004 гг. в приемное отделение обратились 1302 пациентов с синдромом почечной колики. Для дальнейшего обследования и лечения госпитализированы 1030 пациентов.

Обследование включало в себя общеклинические исследования, УЗИ почек мочевого пузыря, рентгенографию органов мочевой системы. Экскреторная пиелография не проведена 148 пациентам (беременность, непереносимость контрастного вещества, другие причины).

При УЗИ у 876 пациентов (85 %) выявлено расширение полостной системы почки, у 155 (15 %) – расширение начального отдела мочеточника, у 52 (5 %) – расширение и дистального отдела, камни в мочеточниках определялись у 102 пациентов (10 %), у 103 (10 %) при почечной колике расширения полостной системы почки не определялось.

По данным экскреторной урографии, у 773 пациентов (75 %) выявлены камни мочеточников, у 185 (18%) причиной нарушения проходимости мочеточника были рентгеннегативные камни, у 72 (7 %) нарушения проходимости мочеточников не выявлено, причиной почечной колики являлись отошедшие до исследования камни, мочекислый диатез, обострение хронического пиелонефрита.

За последние 3 года, с целью уточнения причины нарушения проходимости мочеточников, выполнено 45 уретеропиелоскопий. Выявлено следующее: в 2-х случаях стриктура нижней трети мочеточника; у одного пациента опухоль нижней трети мочеточника, биопсия, установлен внутренний стент; в одном случае нарушение проходимости мочеточника было связано со сдавлением мочеточника беременной маткой, установлен стент; в 34 случаях выявлены рентгеннегативные камни, разрушены; в 7 случаях нарушения проходимости мочеточников не выявлено.

После внедрения уретеропиелоскопии, значительно сократилось количество ретроградных пиелографий, выполняемых с целью выяснения причин мочеточниковой обструкции.

Использование эндоскопической техники в диагностике обструктивных состояний верхних мочевых путей позволяет повысить качество диагностики и совместить диагностический процесс с лечебным.

АРДАШЕВ И.П., ГАТИН В.Р., КАЛАШНИКОВ В.В.,
АФОНИН Е.А., ГЕРАСИМОВ С.О.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

МЕЖТЕЛОВОЙ СПОНДИЛОДЕЗ КОЛЛАПАНОМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

В настоящее время в практике лечения переломов позвоночника ведущими являются консервативные методы. Несмотря на их разнообразие, процент неудовлетворительных результатов все еще высок. Связано это, чаще всего, с неустраненной кифотической деформацией, неполным восстановлением высоты тел позвонков. Кроме того, при проникающем характере перелома, то есть когда вещество межпозвонкового диска проникает в тело позвонка, окончательного сращения перелома так и не наступает.

При таких повреждениях ведущим является оперативный метод лечения – удаление тела позвонка, поврежденного межпозвонкового диска и замещение дефекта аутотрансплантатом или протезом. Однако оперативные методы лечения имеют свои недостатки (кровопотеря, инфекционные осложнения, возможное повреждение содержимого позвоночного канала, перелом фиксатора). Кроме того, эти операции и импланты, используемые в них, достаточно дорогие.

В последние годы появились экспериментальные и клинические исследования введения в поврежденную область деминерализованного костного матрикса, что приводит к образованию костного блока между смежными позвонками (Швец А.И., 1990). Однако широкое применение этого препарата ограничено, что связано со сложностью в приготовлении. На наш взгляд, более перспективным является применение коллапана – чистого гидроксиапатита с антибиотиком и коллагеном. Этот препарат обладает остеокондуктивными, остеоиндуктивными, антимикробными свойствами, что позволяет сократить сроки лечения, уменьшить процент неудовлетворительных результатов.

Данный препарат хорошо зарекомендовал себя при переломах длинных трубчатых костей и остеомиелите. Имеет место его использование при переломах позвоночника (Рябов А.Л. с соавт., 1996; Бушуев О.М., 1999; Слостин С.М. с соавт., 2000; Уразгильдеев З.И. с соавт., 2002; Проценко А.И. с соавт., 2003; Кавалерский Г.М. с соавт., 2003). Кроме того, коллапан может применяться у пациентов, которым проведена стабилизация задних отделов позвоночника. В этих случаях исчезает необходимость оперативного вмешательства на передних отделах, так как формируется надежный костный блок между телами позвонков.

Мы начали использовать коллапан с 2002 г. при закрытых компрессионных проникающих стабильных переломах позвоночника в грудопоясничном отделе. Пункционным закрытым методом коллапан введен одному больному. У 4 больных коллапан введен во время проведения тран-

спедикулярной стабилизации. Предварительные результаты показали, что к концу года наступает формирование костного блока на уровне введения.

Мы полагаем, что пункционный межтеловой спондилодез коллапаном позволит избежать проведения оперативного вмешательства и способствовать скорейшей реабилитации пациента.

АФАНАСЬЕВ Л.М., ЯКУШИН О.А., РОГАЛЬНИКОВ Н.Н., ИСАЕВ Е.А., ТЕРЕХОВ С.Н.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Цель: показать необходимость использования микрохирургической техники в травматологии, ортопедии и смежных хирургических отраслях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 20-летнего опыта использования микрохирургической техники в травматологии, ортопедии у взрослых и детей, у больных с ожогами, отморожениями и их последствиями, в раневой инфекции, в хирургии периферических нервов и сосудов. В основу хирургической тактики у пациентов с открытыми сочетанными повреждениями конечностей и их последствиями, в том числе и отрывами, положен принцип одномоментного восстановления всех поврежденных анатомических образований, что позволяет начать раннюю активно-пассивную разработку движений.

Использование всех современных мер профилактики инфекции, наряду с обязательным восстановлением артерий (в том числе парных предплечья и доминантных пальцев) и адекватного количества вен, позволяет избежать гнойных осложнений. Но одним из главных звеньев профилактики инфекции остается качество первичной хирургической обработки и атравматичная техника хирурга. В связи с этим, могут быть спорными некоторые правила хирургии. Так, при реплантациях и реваскуляризациях плеча-предплечья с использованием накостного остеосинтеза мы не получили ни одного гнойного осложнения.

Стабильный остеосинтез трубчатых костей или первичная артропластика, эндопротезирование суставов пальцев, наряду с надежным швом сухожилий, мышц и обязательным первичным микрохирургическим швом нервов, сосудов, позволяет надеяться на положительный функциональный исход. Анатомическое приживление после реплантации и реваскуляризации крупных сегментов (всего 115) с различными механизмами травмы составило 96 %, пальцев 87 % (всего 450), а функциональное восстановление достигнуто в 82 %.

Микрохирургическая техника, как современная хирургическая технология, является непременным дополнением в ортопедии и реконструктивной хирургии при свободной или ротационной пересадке различных комплексов тканей (кожа, кожа + мышца или + кость, пальцы со стопы и др.). При этом мы отдаем предпочтение различным видам замещения дефекта лоскутами с сохранением сосудистых ножек, без микроанастомозов, что значительно снижает риск оперативных вмешательств. Всего трансплантировано около 400 комплексов тканей, из них 60 — пальцев со стопы. Различные виды осложнений констатированы в 3,7 % из 215 пересаженных комплексов тканей, в то время как при различных видах пластики с сохранением сосудистой ножки этот показатель не превышает 0,5 %.

Микрохирургический шов нервов и эндоневролиз использован более чем в 2000 наблюдений. Мы однозначно пришли к выводу, что нет альтернативы первичному микрохирургическому шву нервов. Отсроченные, вторичные, поздние швы или замещение дефектов нервных стволов аутонервными ветками из-за Валлеровского перерождения не позволяют получить хорошие результаты даже с использованием микрохирургии.

Сочетание классических ортопедических методик, дополненных микрохирургическими технологиями, позволяет реабилитировать даже считавшихся безнадежными и бесперспективными пациентов не только с травмами, но и с глубокими ожогами и отморожениями и их последствиями, с некоторыми видами трофических расстройств и язв конечностей, а также при некоторых видах раневой инфекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микрохирургическая технология прочно вошла в арсенал ортопедии, травматологии и немыслима без нее. Современные социальные проблемы не способствуют широкому использованию микрохирургии. Важным является подготовка специалистов, владеющих микрохирургической технологией.

БАРАНОВ А.И., ХОХЛОВ К.С., БУХТИЯРОВА К.В., ГАБИДУЛИНА Н.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

Хирургическое лечение пупочных грыж до настоящего времени нельзя считать окончательно решенной проблемой. Использование классических натяжных методов пластики приводит к развитию рецидивов у 20 % пациентов.

В МЛПУ ГКБ № 1 (г. Новокузнецк) за 2003-2004 гг. выполнены 41 операция больным по поводу пупочных грыж. Среди пациентов было 15 мужчин и 26 женщин, соотношение между мужчинами и женщинами 1 : 1,5. Возраст оперированных больных составил 34-78 лет, в среднем 54,7 года.

У 29 пациентов площадь грыжевых ворот была менее 25 см^2, у 9 от 26 см^2 до 49 см^2 и у 3-х более 50 см^2. 23 больным выполнено грыжесечение с использованием полипропиленовой сетки (предбрюшинная), 18 – натяжная герниопластика по Мэйо.

Считаем показанием к пластике полипропиленовой сеткой размер грыжевых ворот более 25 см^2. Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде отмечено осложнение у одного больного – инфильтрат в области послеоперационной раны. Средний послеоперационный койко-день – 9,2. В сроки наблюдения до 2-х лет рецидивов не выявлено.

Таким образом, использование полипропиленовой сетки в хирургическом лечении пупочных грыж не увеличивает количество осложнений, не приводит к увеличению послеоперационного койко-дня, позволяет избежать рецидива заболевания.

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

ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В 2000-07.2005 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре проведено лечение 231 больного панкреонекрозом, из них алкогольный панкреонекроз был отмечен у 156 (67,5 %), билиарный панкреонекроз у 75 (32,5 %), среди больных было 142 мужчины (61,5 %) и 89 женщин (38,5 %), средний возраст составил 45,8 ± 0,2 лет. Всем пациентам с диагностированным панкреонекрозом проводился комплекс лечебных мероприятий, направленный на купирование эндотоксикоза, полиорганной недостаточности, профилактику и предотвращение перехода стерильного панкреонекроза в инфицированную форму.

При наличии неинфицированных острых скоплений жидкости использован пункционный способ лечения под контролем УЗИ – 94 случая (40,5 %). При механической желтухе у пациентов с билиарным панкреатитом, панкреонекрозом применены холецистостомия – 16 больных (6,9 %), ЭРХПГ и ЭПТ – 27 больных (11,6 %). С целью дифференциальной диагностики, санации брюшной полости при ферментативном перитоните в 36 случаях (15,6 %) выполнены видеолапароскопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Общая летальность при неинфицированном панкреонекрозе составила 16,5 %, послеоперационная летальность – 11,5 %.

В 2000-07.2005 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре находились 98 больных (42,4 %) с инфицированным панкреонекрозом. При мелкоочаговом инфицированном панкреонекрозе широко применяются минимальноинвазивные вмешательства под контролем ультразвука. У 77 больных (33,3 %) с инфицированными скоплениями жидкости применен пункционно-дренирующий способ под УЗ-контролем, эффект достигнут в 23 случаях (29,9 %).

Операцией выбора при инфицированном панкреонекрозе и отсутствии эффекта от минимально инвазивных методов лечения является программированная секвестрэктомия, которая завершается одним из видов дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки (применена у 76 больных). 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. «Полуоткрытый» вид дренирования использован у 11 пациентов при наличии инфицированного мелко- и среднеочагового панкреонекроза. «Открытый» вид (оментобурсостомия и люмботомия) применен при инфицированном крупноочаговом панкреонекрозе в сочетании с забрюшинной флегмоной у 51 больного.

При наличии гнойного перитонита в сочетании с инфицированным панкреонекрозом, некрозе мезоколон у 4 пациентов применены программированные релапаротомии. У 24 больных (10,3 %), после применения лапаротомного способа лечения, отмечены специфические послеоперационные осложнения. Общая летальность при инфицированном панкреонекрозе составила 16,3 %, послеоперационная летальность – 19,7 %.

Применение комплексного консервативного лечения в сочетании с минимально инвазивными вмешательствами позволило в 133 случаях (57,6 %) избежать развития инфицированного панкреонекроза. Общая летальность при панкреонекрозе составила 16,5 %, послеоперационная летальность – 16,4 %.

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

БЕДИН В.В., ЗАРУЦКАЯ Н.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

За 2000-2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре пролечены 546 больных с механической желтухой на фоне холедохолитиаза и стеноза БДС (371 женщина и 175 мужчин, средний возраст 64 года), из них с явлениями холангита 85 пациентов (15,5 %). Из числа наблюдений, 52 больных (9,5 %) имели постхолецистэктомический синдром.

Первый этап лечения включал в себя декомпрессию и санацию билиарного тракта. Предпочтение отдавалось эндоскопическому ретроградному вмешательству. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 508 больных (93,1 %) в сочетании с холедохолитоэкстракцией (ХЛЭ) у 461 больного (84,6 %), в 176 случаях (32,4 %) вмешательство завершено транспапиллярным эндобилиарным дренированием (по типу «потерянного дренажа»). Причиной явились несанированный холедохолитиаз, явления холангита. У 110 больных (20,1 %) выполнены повторные санационные и контрольные ретроградные вмешательства с целью адекватной санации гепатикохоледоха.

После восстановления пассажа желчи, у 427 пациентов (78,2 %) проведена лапароскопическая холецистэктомия. У 40 больных (7,3 %) выполнена открытая холецистэктомия с дренированием холедоха через культю пузырного протока с последующим удалением дренажей, в четырех случаях – с использованием набора инструментов «мини-ассистент». У 38 пациентов, при невозможности осуществить эндоскопическое вмешательство в связи со сложностями катетеризации БДС, выполнялись холецистостомия (ХС) под контролем УЗИ (29 больных), чрескожная чреспеченочная холангиостомия (9 пациентов).

Всем больным этой группы восстановлен пассаж желчи лапаротомными вмешательствами: у 23 пациентов выполнена холецистэктомия с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой, у 15 больных потребовалось двойное дренирование (формировался холедохоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки в сочетании с ЭПСТ либо трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой), показанием явилась дилатация гепатикохоледоха более 20 мм.

Всем больным проводилась контрольная интраоперационная холангиография, интраоперационная холедохоскопия для исключения резидуального холедохолитиаза. Подобный двухэтапный подход к лечению больных механической желтухой позволил добиться удовлетворительных результатов. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 9 больных (1,2 %), которым применен эндоскопический метод декомпрессии с последующей эндоскопической холецистэктомией. В группе больных, которым выполнялась декомпрессия желчных путей под контролем УЗИ с последующими лапаротомными методами вмешательства, осложнения составили 18,7 % (7 пациентов), летальность в этой группе 5,2 % (2 больных).

Таким образом, при механической желтухе оптимальным является двухэтапный подход с использованием малоинвазивных методов лечения. Операцией выбора является эндоскопическое ретроградное вмешательство с последующей лапароско-

пической холецистэктомией. При невозможности их выполнения, декомпрессия на первом этапе осуществляется дренированием желчевыводящих путей под контролем УЗИ с восстановлением постоянного пассажа желчи в кишечник лапаротомным способом после стабилизации состояния больного.

БЕДИН В.В., КРАСНОВ К.А., КРАСНОВА Н.В., ДЕСЯТКИН В.Б.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

В последнее время наметилась тенденция к увеличению количества больных с опухолевым поражением печени. Причиной этому стало мощное развитие диагностических баз лечебных учреждений, позволяющее повысить выявляемость данной патологии.

Исследование проводилось на базе КОГЦ, оценивались результаты лечения больных за период 2000-2004 гг. Хирургическому лечению подвергнуто 167 пациентов (мужчин и женщин). Нозологический спектр оперированных больных включал злокачественные опухоли (49), альвеококкоз (31), эхинококкоз (27), гемангиомы (35), непаразитарные кисты печени (25). В диагностике, помимо банальных клинико-лабораторных исследований, использованы оценка уровня специфических маркеров в сыворотке (РЭА, СА 19-9, Са-242), рентгенография ОГК, УЗИ, КТГ с болюсным контрастированием, при необходимости ангиография, лапароскопия.

Спектр хирургических вмешательств при паразитарном поражении, злокачественных опухолях был следующим: радикальные – расширенная левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией бифуркации и гепатикоеюноанастомозом (2), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией бифуркации и гепатикоеюноанастомозом (2), гемигепатэктомия правосторонняя (30), гемигепатэктомия левосторонняя (17), атипичная резекция печени (27), атипичная резекция печени с наружным билиарным стентированием (4); паллиативные – диагностическая лапаротомия, наружное дренирование полости распада (4), диагностическая лапаротомия, наружное билиарное стентирование (4).

Особенностью явилась запущенность случаев, представленных в работе, и, как следствие, большие размеры опухолей, контакт с крупными сосудами, желчными протоками. Все это существенно снизило процент операбельности и в ряде случаев (3) у больных с механической желтухой пришлось ограничиться билиарным стентированием под контролем ультразвука как окончательным этапом лечения. Положительным моментом в проведении хирургического лечения было наличие в арсенале современной коагулирующей аппаратуры, ультразвукового деструктора, которые в ряде сомнительных случаев позволили успешно применить резекционный способ.

При гемангиомах печени, гепатоаденомах резекции печени применяли в следующем объеме: гемигепатэктомии (13), атипичные резекции (11), резекции-энуклеации (8).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде были получены следующие осложнения: скопление жидкости в месте вмешательства (6), ко всем применен пункционный способ под контролем УЗИ, достигнуто выздоровление. Послеоперационной летальности не было. Все больные, подвергнутые хирургическому лечению в КОГЦ, проходили динамическое наблюдение после выписки из стационара. У радикально прооперированных больных рецидивов заболевания не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На наш взгляд, основной проблемой лечения опухолевого поражения печени является поздняя выявляемость данной патологии. При подозрении на опухоль больной должен быть направлен в специализированный центр для дообследования. При подтверждении диагноза больному должна быть выполнена резекция пораженной части печени с обязательной лимфодиссекцией и использованием современной аппаратуры. Динамическое наблюдение больных так же является обязательным. Все вышеперечисленное позволит улучшить результаты лечения больных с опухолями печени.

БЕДИН В.В., ШИН И.П., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., ЧУРКИН М.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

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

За период 2000 – июль 2005 гг. было пролечено 296 пациентов. Среди пациентов было 168 мужчин (56,8 %) и 128 женщин (43,2 %). Средний возраст мужчин – 60,5 лет, женщин – 65,2. Выявлена следующая локализация опухолевого процесса: рак головки поджелудочной железы (ГПЖ) – 240 пациентов (81,1 %), рак большого дуоденального сосочка (БДС) – 56 (18,9 %). Средний уровень билирубина составил 223 ± 12 мкмоль/л.

Первым этапом больным выполнили декомпрессию желчевыводящих путей для разрешения механической желтухи и печеночной недостаточности. 271 пациенту (91,6 %) применили следующие минимально инвазивные способы декомпрессии: чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем ультразвука и электронно-оптического преобразователя – 158 (75 пациентам установлены билиарные стенты с бужированием опухоли), чрескожно-чреспеченочная холецистомия (ХС) под контролем ультразвука – 72, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллотомией и транспапиллярным дренированием холедоха (ТПД) – 57 пациентов. У 25 пациентов (8,4 %), из-за отсутствия условий для минимально инвазивной декомпрессии, выполнили наружное дренирование желчных путей лапаротомно.

Оперированы 169 пациентов (57,1 %): рак головки поджелудочной железы – 134, рак большого дуоденального сосочка – 35. Остальным больным было отказано вследствие диссеминации рака (канцероматоз, асцит). Большинству больных применили паллиативные желчеотводящие операции: гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле – 88 (в 11 случаях дополнены гастроэнтеростомией при дуоденальной непроходимости), холецистоеюностомия – 4, холецистогастростомия – 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) – 52 пациента (при раке ГПЖ – 32, при раке БДС – 20), папиллэктомия (ПЭ) – 8 пациентов (в 4 случаях с гепатикоеюноанастомозом). Уровень резектабельности при раке головки ПЖ и БДС составил 30,8 %. В послеоперационном периоде проводили системную химиотерапию (гемцитабин, 5-фторурацил), иммуномодулирующую терапию (ронколейкин), как после радикальных, так и после паллиативных вмешательств. Послеоперационные осложнения наблюдали у 21 пациента (12,4 %). Послеоперационная летальность – 10 пациентов (5,9 %): после панкреатогастродуоденальной резекции – 4 (7,7 %), после паллиативных операций – 5 (4,3 %).

ВЫВОДЫ:

1. Больным раком панкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой, показано этапное лечение с обязательной декомпрессией желчных путей.
2. Универсальным способом декомпрессии является ЧЧХС.
3. Операцией выбора является радикальная панкреатогастродуоденальная резекция.
4. Оптимальной паллиативной операцией является гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле.
5. Хирургическое лечение должно проводиться в комплексе с химио- и лучевой терапией.

БУХТИЯРОВА К.В., БАРАНОВ А.И., ХОХЛОВ К.С., ПАВЛЕНКО А.А.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Для хирургических вмешательств на щитовидной железе характерны специфические и общехирургические послеоперационные осложнения. На специализированных койках по эндокринной хирургии в МЛПУ ГКБ № 1 (г. Новокузнецк) за 2003-2004 годы выполнено 514 операций на щитовидной железе. Все оперативные вмешательства выполнялись специально обученными хирургами по стандартным методикам: диффузно-токсический зоб – по Николаеву О.В., узловая форма зоба – по Драчинской Е.С.

Среди пациентов было 37 мужчин (7,2 %) и 477 женщин (92,8 %). Возраст оперированных больных – от 14 до 78 лет, средний возраст – 49,5 лет. Из 514 операций, 464 (90,3 %) выполнены по поводу зоба III-V степени. Произведены следующие операции: резекции перешейка – 7 (1,4 %); резекция доли щитовидной железы – 13 (2,5 %); гемитиреоидэктомия – 233 (45,3 %); субтотальная резекция щитовидной железы – 97 (18,8 %); тиреоидэктомия – 164 (31,9 %).

Летальных исходов не было, в раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 36 больных (7 %). Общехирургические осложнения выявлены у 7 (1,4 %), специфические для операций на щитовидной железе – у 29 (5,6 %), соотношение 1 : 4. К специфическим осложнениям отнесены следующие: двусторонний парез гортани – 11, односторонний парез гортани – 14, паратиреоидная недостаточность – 4. Общехирургические осложнения: пневмоторакс – 1, аспирационный синдром – 1, обширная гематома – 1, кровотечение – 4.

Послеоперационные осложнения получены у больных с 3-5 степенью увеличения щитовидной железы. Развитие осложнений в послеоперационном периоде не зависело от характера заболевания. В общей группе раковое поражение установлено у 16,3 % больных, в группе со специфическими осложнениями – у 17,2 %. Во всех случаях операция выполнялась экстрафасциально: 10 больным – гемитиреоидэктомия, 4 – субтотальная резекция щитовидной железы и 15 – тиреоидэктомия. Таким образом, наибольшее количество специфических послеоперационных осложнений получено у больных после тиреоидэктомии (в общей группе больных количество тиреоидэктомий составило 31,9 %).

ВЫВОДЫ:

1. Наиболее часто специфические послеоперационные осложнения при операциях на щитовидной железе возникают после экстрафасциальной тиреоидэктомии, вне зависимости от характера патологического процесса.
2. Учитывая, что оперативные вмешательства выполнялись высококвалифицированными, специально обученными хирургами, возникновение специфических послеоперационных осложнений связано с методикой самого оперативного вмешательства.

ВАВИН В.В., СОЛОВЬЕВА Э.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

В мирное время пулевые ранения встречаются сравнительно редко. Каждое огнестрельное ранение имеет свои особенности. Операции по удалению огнестрельных инородных тел из придаточных пазух носа зачастую связаны с большой травматичностью и приводят к нарушению анатомии и физиологии околоносовых пазух. Приводим клинический случай, произошедший в г. Новокузнецке в 2005 году.

Больной В., 18 лет, поступил в ЛОР-отделение МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка с жалобами на незначительную болезненность и дискомфорт в правой лобной области. Из анамнеза удалось выяснить, что за сутки до обращения в лицо пациенту был произведен выстрел из самодель-

ного огнестрельного устройства, после чего сохраняется стойкая болезненность и дискомфорт в области лба справа. Отмечает двухкратное отмаркивание сгустков крови из правой половины носа в течение суток.

При обследовании больной в сознании, адекватен, общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, менингеальные знаки отсутствуют. ЛОР статус: на 1 см справа от средней линии лба, у медиального края брови, округлая рана в диаметре около 5 мм, покрытая сухой корочкой. Пальпация слабо болезненна. Перегородка носа по средней линии. Слизистая оболочка розовая, влажная, чистая, справа незначительно отечная. В своде носоглотки незначительная аденоидная ткань, хоаны проходимы, задние концы нижних носовых раковин не изменены, слизистая оболочка розовая, влажная, чистая.

При рентгенографии придаточных пазух носа в двух проекциях: инородное тело неправильной формы металлической плотности размером 3 × 4 мм в проекции передне-верхнего угла правой орбиты. Снижение воздушности клеток решетчатого лабиринта справа. На серии компьютерных томограмм черепа определялось инородное тело в области средних клеток решетчатого лабиринта, снижение их пневматизации.

После проведения общего клинического обследования больному решено провести ревизию огнестрельной раны под эндотрахеальным наркозом. На операции: пуговчатым зондом прозондирована огнестрельная рана в лобной области справа, при этом зонд свободно провалился в просвет правой лобной пазухи. Рана расширена разрезом по брови до 15 мм. Мягкие ткани отслоены от кости. На передней стенке правой лобной пазухи выявлен костный дефект диаметром 5 мм округлой формы. Дефект расширен костными щипцами до 8 мм. Пазуха осмотрена через дефект эндоскопом с торцевой оптикой. В ее просвете сгустки крови – удалены. На нижней стенке на 10 мм латеральнее естественного соустья костный дефект диаметром 3 мм, Проведено зондирование этого дефекта под контролем эндоскопа – на 5 мм глубже в разрушенной клетке решетчатого лабиринта обнаружено инородное тело в виде кусочка металла 5 × 3 мм, вокруг него обрывки слизистой оболочки, которая отечна, кровенаполнена, внутрислизистые гематомы.

Инородное тело и измененная слизистая оболочка удалены под контролем торцевой и боковой оптики. Дальнейшая эндоскопическая ревизия раневого канала показала, что он слепо заканчивается в средних клетках решетчатого лабиринта. Проведены функциональные пробы, что выявило хорошее функционирование носо-лобного соустья. Для промывания пазухи на двое суток установлен тонкий пластиковый катетер. Рана послойно ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан с выздоровлением на 8 сутки после операции.

Таким образом, с использованием эндоскопической техники удается малоинвазивным доступом проводить манипуляции по удалению инородных тел из сложно доступных отделов околоносовых пазух. Это позволяет не наносить дополнительную травму и, тем самым, сохранить функции околоносовых пазух, снизить риск осложнений.

ГАБИДУЛИНА Н.В., БАРАНОВ А.И., ХОХЛОВ К.С., БУШУЕВ К.Н.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В Кузбассе заболевания щитовидной железы относят к распространенным патологическим процессам, лечение которых до конца не решено. В МЛПУ ГКБ № 1 выделены специализированные койки по эндокринной хирургии. За 2003-2004 гг. выполнено 514 операций на щитовидной железе. Среди пациентов было 37 мужчин (7,2 %) и 477 женщин (92,8 %), соотношение между мужчинами и женщинами 1 : 12. Возраст оперированных составил 14-78 лет, средний возраст 49,5 лет.

Больные направлялись эндокринологами поликлиники или из эндокринологического отделения после углубленного обследования, лечения и предоперационной подготовки. Показаниями к операции считаем: узловые формы зобов при размере узла более 1,5 см, подозрение на озлокачествление узла, неэффективное консервативное лечение тиреотоксического зоба в течение 4-х лет, рецидив узлового зоба, множественные узлы в щитовидной железе, диффузный зоб III-IV степени с симптомами сдавления органов шеи.

Оперативные вмешательства выполняли специально обученные хирурги, имеющие более чем 30-летний опыт выполнения операций на щитовидной железе. Оперировали по стандартным методикам: диффузно-токсический зоб – по Николаеву О.В., узловая форма зоба – по Драчинской Е.С.

Больных со II-й степенью зоба оперировано 50 человек (9,7 %), III степенью – 377 (73,4 %), IV степенью – 72 (14 %),V степенью – 15 (2,9 %). Малигнизация зоба выявлена у 84 пациентов (16,3 %), при этом со II-й степенью увеличения – у 15 больных (30 %), с III-й – у 61 (16,1 %), с IV-й и V-й – 8 (9,1 %). Были выполнены: резекция перешейка – 7 (1,4 %), резекция доли щитовидной железы – 13 (2,5 %), гемитиреоидэктомия – 233 (45,3 %), субтотальная резекция щитовидной железы – 97 (18,8 %), тиреоидэктомия – 164 (31,9 %).

Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 36 больных (7 %). Общехирургические осложнения отмечены у 7 (1,4 %), специфические для операций на щитовидной железе – у 29 (5,6 %).

ВЫВОДЫ:

1. Высокий процент малигнизации узлов щитовидной железы выявляется при небольшой степени увеличения щитовидной железы, в связи с чем необходимо активное выявление пациентов с узловой формой зоба и активная хирургическая тактика по отношению к ним.
2. Отсутствие послеоперационной летальности, низкий процент послеоперационных осложнений у больных с высокой степенью увеличения щитовидной железы подтверждают сложившуюся практику – операции должны выполняться в специализированных отделениях высококвалифицированными, специально обученными хирургами.

ГАВРИЛОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр, г. Кемерово

РАК МУЖСКОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Одним из самых распространенных злокачественных новообразований является рак молочной железы. Присутствие рудиментарной молочной железы предполагает возникновение этого тяжкого недуга и у мужчин. Хотя это заболевание встречается гораздо реже, чем рак молочной железы у женщин (примерно в 100 раз). Тем не менее, это актуальная проблема современной медицины по многим причинам.

Обследование больного начинается с изучения жалоб и анамнеза. Наиболее частой жалобой является обнаружение уплотнения в области соска или ареолы, либо вблизи от них без каких-либо иных признаков болезни. Нередко рак молочной железы у мужчин развивается на фоне гинекомастии, которая может проявляться либо диффузным увеличением молочных желез, либо иметь узловую форму. Осмотр пациента проводят в положении стоя и лежа. При осмотре необходимо обратить внимание на размеры молочных желез, форму сосков и ареол, их симметричность, наличие или отсутствие деформации.

Необходим осмотр второй молочной железы. После осмотра и пальпации молочных желез производят осмотр и пальпацию подмышечных, надключичных и подключичных областей с обеих сторон с целью выявления метастатического поражения лимфатических узлов. Поражение регионарных лимфатических узлов – довольно частое явление при раке молочной железы у мужчин. Это связано как с анатомическими особенностями строения грудной железы, так и с усиленным лимфо- и кровообращением в этой зоне за счет более развитой мускулатуры. Поэтому иногда увеличение и уплотнение подмышечных лимфатических узлов может быть одним из первых признаков заболевания.

Диагноз рака грудной железы у мужчин при поздних стадиях не вызывает затруднений, тогда как выявление малого рака, особенно у пациентов с ожирением, связано с некоторыми сложностями. Здесь вступает в силу общепризнанный алгоритм: рентгеновское исследование, УЗИ, при обнаружении опухоли – диагностическая пункция, желательно под контролем ультразвука. Применение данного диагностического комплекса позволяет установить правильный диагноз у подавляющего числа больных.

Отсутствие в пунктате опухолевых клеток при наличии новообразования предполагает проведение простой мастэктомии. Тактика дальнейшего лечения зависит от гистологического заключения.

В настоящее время имеется достаточно большое количество эффективных методов, используемых для лечения первичного рака молочной железы, – это хирургическое, лучевое лечение, химио- и гормонотерапия, а также их различные комбинации и сочетания. Лечение больного должно быть строго индивидуальным. В зависимости от стадии заболевания, локализации и степени распространенности метастатического поражения, возраста и сопутствующих заболеваний, составляют индивидуальный план лечения с наиболее рациональным сочетанием ранее перечисленных средств.

Следует помнить, что отдаленные результаты, в первую очередь, зависят от степени распростра-

ненности опухолевого процесса в начале лечения. Поэтому особую важность приобретают информированность пациентов о признаках заболевания, последствиях и преимуществах раннего обнаружения опухоли. Решение этой задачи во многом обусловлено квалификацией врачей общей лечебной сети, онкологическая настороженность которых играет первостепенную роль

ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г., АРДАШЕВ И.П.,
ДУБОВОЙ А.В., МИТЮКОВ А.Е., ГАТИН Д.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

АО-ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

В течение последних десятилетий отмечается увеличение числа повреждений позвоночника и спинного мозга. Число травм позвоночника и спинного мозга составляет до 4 % всех травм. Поражение грудного и поясничного отделов позвоночника происходит в 85-90 % случаев.

Основными принципами оперативного лечения травм позвоночника являются: полноценное восстановление анатомических взаимоотношений, полноценная декомпрессия сосудисто-нервных образований позвоночного канала, надежная фиксация поврежденного сегмента, максимально ранняя активизация больного, минимальная внешняя иммобилизация или полный отказ от нее.

Типичным и самым распространенным доступом для декомпрессии спинного мозга и корешков конского хвоста на грудном и поясничном уровне является ламинэктомия. Оперативное вмешательство должно заканчиваться фиксацией поврежденного сегмента. Появление транспедикулярной фиксации позвоночника изменило подход к лечению травмы грудного и поясничного отделов позвоночника. Транспедикулярные конструкции позволяют не только осуществить стабильность фиксации, но и устранить деформацию позвоночного сегмента и стеноз позвоночного канала. Транспедикулярные фиксаторы стабилизируют только поврежденные сегменты.

В период 1999-2005 гг. с применением оригинальных транспедикулярных АО-фиксаторов в ГКБ № 3 оперированы 90 пациентов с повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника. Оперативные вмешательства проводились при повреждениях типа А (угол кифоза 20 градусов и более, снижение высоты тела более чем на 30 %) и нестабильных повреждениях типа В и С (по классификации АО/ASIF). Применялись внутренний фиксатор АО (36 случаев), USS (53 случая), в одном случае выполнена фиксация по Roy-Camille.

Уровень неврологических нарушений оценивался по шкале ICSCI. Неврологические нарушения отмечены у 60 больных (67 %), из них синдром полного нарушения проводимости спинного мозга (группа А) у 12 больных. Регресс неврологических нарушений в послеоперационном периоде произошел у 55 пациентов.

Транспедикулярные фиксаторы выполняют функцию репозиции и опоры. Имплантат позволяет производить компрессию, дистракцию или фиксацию в нейтральной позиции. Оптимальным верхним уровнем для введения винтов Th6 позвонок.

При переломах позвонков без повреждения задней стенки для репозиции достаточно было провести реклинацию. При переломах всех других типов, включая переломы с проникновением фрагментов тела в позвоночный канал, репозицию начинали с дистракции и осуществляли в дальнейшем реклинацию.

При нестабильных взрывных переломах, переломах с выраженной дислокацией дорсального фрагмента в позвоночный канал вторым этапом выполнялся передний межтеловой спондилодез аутокостью или имплантатом из пористого никелида титана в сочетании с передней декомпрессией (30 случаев).

Хорошие репозиционные свойства транспедикулярных фиксаторов, прочная фиксация поврежденных сегментов позволяла нам активизировать пациентов в раннем послеоперационном периоде с минимальным использованием внешней иммобилизации, проводить полноценный комплекс реабилитационных мероприятий.

ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г., ДУБОВОЙ А.Г., МИТЮКОВ А.Е., ГАТИН Д.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Травма позвоночника и спинного мозга относится к одной из важнейших проблем современной медицины. Повреждения шейного отдела позвоночника составляют 10-19 % всех травм позвоночника и являются наиболее сложными для диагностики и лечения. Травматические нестабильные повреждения шейного отдела позвоночника (типа С по классификации АО/ASIF), сопровождающиеся повреждением спинного мозга, отличаются высокой инвалидизацией (до 100 %) и летальностью (до 60-70 %). Преимущественно такие травмы получают мужчины трудоспособного возраста, сроки пребывания в стационаре значительны, до 3-4-х месяцев.

В настоящее время в России и за рубежом внедрены многочисленные методы оперативного лечения нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника. Современный метод должен отвечать следующим требованиям: полноценная декомпрессия сосудисто-нервных образований позвоночного канала, коррекция деформации и надежная фиксация поврежденного сегмента. При травматических повреждениях, сопровождающихся повреждением заднего и переднего опорного комплекса, при замещении поврежденных дисков или тела трансплантатом, данная ситуация потенциально нестабильна. В этих случаях смещение трансплантата отмечается в 29-68 % случаев, консолидация не наступает у 33 % больных, кифоз развивается в 38-64 % случаев.

Чтобы избежать этих осложнений, предлагают или комбинированные доступы – передний и задний спондилодез, или применение передних пластин. АО-система цервикальных блокирующих пластин (CSLP) представляет переднюю опорную конструкцию для передней стабилизации шейного отдела позвоночника после корпор-, дискэктомии. Винты вводятся монокортикально, фиксируются в пластине, имеют блокировку от раскручивания. За счет использования пластин достигается немедленная послеоперационная стабильность, увеличение вероятности образования костного блока, уменьшение необходимости внешней фиксации.

За период 1998-2005 гг. в ГКБ № 3 г. Кемерово оперированы 79 пациентов с нестабильным повреждением шейного отдела позвоночника с применением CSLP. Из них, 61 мужчина и 18 женщин. Свежие повреждения имели место у 74 пациентов, застарелые у пяти. Средний возраст пострадавших составил 32,8 лет (от 15 до 71 года). Количество пострадавших с вывихами составило 30 человек, подвывихами – 4, нестабильными переломами – 34, травматическими спондилолистезами – 11.

Осложненные повреждения диагностированы у 77 больных, из них синдром полного нарушения проводимости отмечен у 27 больных. Регресс неврологических нарушений в различные сроки после операции произошел у 60 больных. Летальный исход произошел у 11 больных. Летальность составила 13,8 %.

Осложнений, связанных с применением переднего доступа, у нас не наблюдалось. Ни в одном случае не отмечено поломок или смещения пластин и винтов. Надежная стабилизация поврежденных сегментов позволила начать ранние реабилитационные мероприятия при минимальной внешней фиксации. Внедрение современных средств фиксации позволило повысить надежность спондилодеза и избежать необходимости дополнительной стабилизации задним доступом. Цервикальная АО-пластина является универсальной конструкцией для выполнения стабилизирующих операций при нестабильных повреждениях шейного отдела позвоночника.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Дефекты костей черепа, остающиеся после резекционных трепанаций, подлежат замещению, так как самостоятельно не восстанавливаются, а замещаются рубцовой соединительной тканью, что вызывает ряд функциональных и органических расстройств, которые усугубля-

ют травматическую болезнь головного мозга и приводят больных к страданиям, утрате трудоспособности и инвалидности. Краниопластика создает оптимальные условия для восстановления функций, уменьшает сроки реабилитации, частоту и степень инвалидности, являясь завершающим этапом хирургического лечения больных с дефектами в черепе.

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

Вопросы о применении тех или иных пластических материалов остаются дискутабельными (Лейбзон Н.Д., 1960; Старых В.С., 1989; Мельник Н.Ю., 1999; Ульянов В.В., Чочаева А.М., 2002).

Костно-пластическая трепанация, реимплантация и деимпрессия отломков собственной кости являются предпочтительными при отсутствии противопоказаний. Консервированную кость плода человека считают универсальным остеоиндуктивным материалом, обладающим малой антигенной активностью. Замещение дефектов костей черепа акриловыми пластмассами обусловлено быстрой защитой мозга от внешних механических воздействий, их доступностью и дешевизной; пластичностью, прочностью протеза и возможностью длительного его пребывания в организме. Эндопротезы из титановой сетки защищают мозг сразу же после операции.

В нейрохирургическом отделении ГКБ № 3 за последние 6 лет на оперативном лечении находились 383 пациента с дефектами костей мозгового черепа. Костно-пластическая трепанация проведена у 51 больного, репозиция костных отломков — у 10. У 29 лиц небольшие по размерам дефекты костей черепа заполняли измельченной крошкой удаленного осколка кости черепа больного, а у 16 — костной аутокрошкой в сочетании с коллапаном. В раннем и позднем периодах краниопластика консервированной аутокостью в 0,5 % растворе формалина осуществлена у 62 человек, а в сочетании с применением костной аутокрошки — у 12. У 14 больных применен коллапан. У 158 пациентов для замещения дефектов костей черепа использован протез из рентгеноконтрастной самотвердеющей пластмассы. При малых и средних дефектах черепа у 33 больных использована брефокость, а при сочетании с дефектом твердой мозговой оболочки, в случае необходимости — консервированная оболочка плода единым блоком с костью по изобретенному нами способу.

Анализ различных способов замещения дефектов мозгового черепа показал, что у каждого из них есть свои достоинства и недостатки, а на результат лечения влияет не только состояние организма больного, но и обоснованный выбор способа оперативного вмешательства у конкретного больного, четкое исполнение операционной техники и рациональное послеоперационное ведение больного.

ГИНЗБУРГ Е.Р., РИСОВЕР Р.Л., ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТОВ К ЧЕРЕПУ

Хирургическое лечение различных видов черепно-мозговой травмы нередко сопровождается образованием дефектов костей свода черепа. Наличие дефектов костей свода черепа приводит к образованию соединительно-тканного рубца, сращенного с оболочками мозга, краями костного дефекта, надкостницей и кожей, вызывающими нарушение гемо- и ликвородинамики и приводящими к формированию синдрома «трепанированных», а иногда и к посттравматической эпилепсии. Поэтому пластическое замещение дефектов костей свода черепа является основным методом хирургического лечения этих осложнений.

В нейрохирургическом отделении ГКБ № 3 для замещения дефектов костей черепа, как первично, так и отсроченно, используются акриловая пластмасса, консервированные в 0,5 % растворе формалина аутокости, брефотрансплантаты или мелкофрагментированная костная аутоткань.

Предпочтительной считается костная пластика. Но в костном трансплантате, при недостаточно эффективной регенерации, могут преобладать процессы резорбции трансплантата, что приводит к лизису его или фрагментации, а иногда и смещению в полость черепа. Нередко возникает образование подлоскутного выпота тканевой жидкости и лигатурное нагноение. Одним из условий сокращения срока перестройки трансплантата является плотное соприкосновение трансплантата с костью в краях трепанационного отверстия.

Исходы краниопластических операций зависят не только от вида пластического материала и метода его консервации, но и от способа фиксации трансплантата к ложу дефекта. Известны следующие способы фиксации трансплантата: лигатурный, заклепочный, клеевой, с помощью компрессионного остеосинтеза, с помощью металлических конструкций. У каждого метода есть свои достоинства и недостатки (Богоявленский А.П., Старых В.С., Черников Ю.Ф.).

В практике при фиксации костного лоскута, наряду с традиционным лигатурным, мы использовали титановые минипластины и минивинты фирмы «Медбиотех». В специальный набор для краниопластики входят стерилизатор, пластины разной конфигурации и размеров, винты, ключ-цанга для винта, ножницы для резки пластины и специальное сверло.

Способ стабильного металлоостеосинтеза мы использовали как при первичных костно-пластических трепанациях (2 наблюдения), так и при поздних реконструктивных вмешательствах с применением деконсервированных аутотрансплантатов (2 случая). На одно оперативное вмешательство расходовались 3 пластины и 6 винтов длиной 4, 5 или 6 мм, в зависимости от толщины кости. При наблюдении в послеоперационном периоде воспалительных реакций не отмечено, судя по рентгенограммам, смещения трансплантатов не было.

Таким образом, предложенный способ фиксации трансплантата с использованием стабильного металлоостеосинтеза обеспечивает расширение возможностей выбора метода краниопластики, повышает надежность последующей регенерации костной ткани в дефекте, что улучшает качество лечения и отдаленные результаты.

ДАНЦИГЕР Д.Г., ЛАНШАКОВ В.А., ШАШКОВ В.В.,
ХАЛАМАН А.Г., ЕРОШИН В.М.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
МЛПУ Городская клиническая больница № 5,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Переломы и дегенеративные заболевания тазобедренного сустава до сих пор являются актуальной проблемой у лиц пожилого возраста. В мире ежегодно выполняется до полумиллиона эндопротезирований на тазобедренном суставе и за последние 30-40 лет операция стала основным методом лечения патологии тазобедренного сустава (Надеев Ал. и соавт., 2001; Корнилов Н.В., 2000).

В период 1996-2004 гг. в травматолого-ортопедических отделениях г. Новокузнецка выполнено 245 операций с переломами и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава. С 1996 по 2002 гг. у 82 инвалидов использовались отечественные эндопротезы. Изучение результатов лечения показало нарастание у 15 % пострадавших осложнений в виде металлоза, расшатывания элементов эндопротеза, нагноений, а результаты, в основном, расценены как удовлетворительные, в то же время, через 5-6 лет реэндопротезирований осуществлено у 18,3 % пострадавших. Неудачи применения отечественных эндопротезов обусловлены применением устаревших конструкций и низким качеством производства (Надеев Ал. и др., 2004).

В последние годы (с 2002 г.) у 163 пациентов использовались эндопротезы зарубежных фирм, во многом благодаря усилиям администраций больниц г. Новокузнецка. Проведен анализ результатов (с 2000 по 2005 гг.) у 163 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями и посттравматическими повреждениями и осложнениями, оперированных в клиниках Новокузнецкого ГИДУВа.

Из 71 пациента (43,5 %) работоспособного возраста (37-60 лет), было 47 мужчин (66,2 %) и 24 женщины (33,8 %). Среди оперированных больных (25,3 %) были рабочие горнодобывающих и промышленных предприятий. Из оперированных коксартроз зафиксирован у 48 пациентов (из них, у 11 посттравматический). Переломы, несросшиеся и ложные суставы шейки бедра установлены у 78 (47,8 %), асептический некроз головки бедра у 28 (17,2 %). Двухстороннее поражение суставов отмечено у 32,5 % пострадавших и больных. Давность заболевания варьировала от 1 до 13 лет у большинства (73,2 %) пострадавших. В то же время, у 38 больных (23,3 %) при коксартрозах выявлена 3-4 стадия патологического процесса.

Все больные предъявляли жалобы на болевой синдром, а основанием для проведения эндопротезирующей операции являлись значительные нарушения функции тазобедренного сустава, выбор же оперативного метода лечения зависел от ста-

дии патологического процесса, возраста больного, сопутствующих патологий и выраженности клинических проявлений заболевания. Цементное эндопротезирование осуществлено у большинства пострадавших – 154 (94,5 %), у 9 – безцементное эндопротезирование Mathys.

Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 93 пострадавших (57,1 %). Улучшение амплитуды движений установлено у 64,1 % больных (суммарный объем увеличился в 2,5-5 раз), у 18,6 % установлен нормальный объем движений. Интенсивность болевого синдрома снизилась у 78,9 %, у 46,8 % исчезли полностью, у 31,6 % были только при длительной ходьбе. Восстановлена опороспособность, уменьшилась хромота, улучшилась походка.

Какие выводы можно сделать? Первые годы проведения оперативного эндопротезирования тазобедренного сустава убедили нас в том, что потребность в этих операциях гораздо выше наших возможностей, и число оперируемых связано не столько с медицинскими показаниями, сколько с техническими возможностями и финансовыми возможностями администрации городов и области. Огромное значение в широком распространении эндопротезирования имеет выбор рационального эндопротезирования, а также качество используемых эндопротезов.

Отечественные конструкции на современном уровне не выдерживают критики не столько из-за конструктивных особенностей, сколько из-за низкого качества производства и используемых материалов. В то же время, использование современных имплантатов позволяет не только получить хорошие результаты эндопротезирования, но и снизить риск осложнений, улучшить материально-техническую базу отделений за счет увеличения доходов отделения, а так же завоевать авторитет, как у больного, так и у врачей других лечебных учреждений.

ДЕГТЯРЕВА В.В., ВОЛОДИНА Е.Е., ДОМНИКОВА Н.П.
Новосибирская областная клиническая больница,
ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН,
г. Новосибирск

ДИЗЭРИТРОПОЭЗ ПРИ АГРЕССИВНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМАХ

Цель исследования – изучение морфологических маркеров дизэритопоэза у пациентов с агрессивными неходжкинскими лимфомами.

В работе представлены результаты исследования 16 пациентов с агрессивными неходжкинскими лимфомами. Материалом для исследования служили окрашенные по методу Романовского-Гимзе мазки периферической крови и костного мозга. К признакам дизэритропоэза относили анизоцитоз эритроцитов, диссоциацию созревания ядра и цитоплазмы эритрокариоцитов, мегалобластоидность ядер, двуядерные нормоциты, недостаточность гемоглобинизации цитоплазмы нормоцитов, базофильную пунктацию, тельца Жолли.

В группе агрессивных лимфом 14 пациентов (87,5 %) имели генерализованные (III, IV) стадии заболевания, у 8 пациентов (50 %) диагностировали опухолевое поражение костного мозга. В-симптомы регистрировали у 8 пациентов при наличии хотя бы одного из признаков клинической активности.

Диспластические изменения эритрона встречались с одинаковой частотой у пациентов с наличием и отсутствием опухолевого поражения костного мозга. Признаки дизэритропоэза выявляли со стадии базофильных нормоцитов, среди них преобладали диссоциация созревания ядра и цитоплазмы эритрокариоцитов (86,7 %), тельца Жолли (86,7 %), анизоцитоз эритроцитов (80 %), мегалобластоидность ядер эритрокариоцитов (73,3 %), недостаточность гемоглобинизации цитоплазмы (53,3 %), двуядерные нормоциты (46,7 %). У пациентов с количеством мегалобластов в костном мозге 3 % и более выявляли аномалии ядер эритрокариоцитов, которые сочетались с аномалиями ядер гранулоцитарного или мегакариоцитарного ростков гемопоэза. Изменения ядерного аппарата в гемопоэтических клетках регистрировали на фоне повышенного содержания апоптотических клеток в костном мозге.

Исследование показателей гемограммы на фоне дизэритропоэза выявило анемический синдром (гемоглобин менее 120 г/л) у 9 пациентов (60 %). При оценке клинических и лабораторных показателей определили, что анемия на фоне дизэритропоэза чаще встречалась при наличии В-симптомов (OR = 3,06; CI 95 % 0,92-10,17; p = 0,04), уровне лактатдегидрогеназы выше 600 Ед/л (p = 0,04), и не зависила от опухолевого поражения костного мозга и количества эритроидных клеток в миелограмме.

При анализе влияния степени дисплазии эритрона на развитие анемического синдрома опреде-

лили, что анемия в группе агрессивных лимфом ассоциировалась с трехростковой дисплазией (OR = 1,86; CI 95 % 1,12-3,07) и наличием следующих признаков дизэритропоэза: межъядерные мостики в эритрокариоцитах 2 % и более (OR = 2,20; CI 95 % 1,15-4,20; p = 0,05), мегалобласты в костном мозге более 6 % (OR = 2,0; CI 95 % 1,14-3,52), многоядерные нормоциты 1 % и более (OR = 2,0; CI 95 % 1,14-3,52).

В группе анемичных пациентов с дизэритропоэзом, у которых в миелограмме не выявляли маркеров мегалобластоидного кроветворения и трехростковой дисплазии, морфологические аномалии, свидетельствующие о дизэритропоэзе, были выражены незначительно — в небольшом количестве нормоцитов встречались диссоциация созревания ядра и цитоплазмы, тельца Жолли, недостаточность гемоглобинизации цитоплазмы, при этом во всех случаях диагностировали анемию легкой степени на фоне клинической и лабораторной активности опухоли.

Таким образом, анемия при агрессивных лимфомах ассоциируется с признаками опухолевой активности и развивается на фоне различной степени выраженности дисплазии эритроидного ростка в костном мозге.

ДРАЛЮК М.Г., РУДЕНКО П.Г.
Красноярская краевая клиническая больница, г. Красноярск

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ND-YAG ЛАЗЕРА В НЕЙРООНКОЛОГИИ

Улучшение результатов лечения больных с опухолями головного мозга напрямую зависит от совершенствования методов предоперационной подготовки, интраоперационного нейро-физиологического мониторинга и внедрения новых прогрессивных технологий.

В нашей клинике с 2003 г. во время удаления церебральных опухолей используется инфракрасный лазер. С применением микрохирургической лазерной техники было прооперировано 86 больных (38 с глиальными опухолями, 23 менингиомами, 15 невриномами слухового нерва и 12 с большими супраселлярными аденомами гипофиза).

В качестве источника лазерного излучения использовался твердотельный лазер на алюмоиттриевом гранате с неодимом (Nd-YAG лазер) Dornier Medilas Fibertom 5100, с длиной волны 1064 нм, максимальной мощностью до 100 Вт. Лазерное излучение подавалось к опухоли через стерильный световод диаметром 600 мкм. Лазер применялся в импульсном режиме с длительностью импульсов 0,5 с и интервалами между ними 1 с. Использовалось контактное и дистанционное лазирование.

Nd-YAG лазер использовался на этапе микрохирургического удаления опухоли. Поверхностную обработку и рассечение капсулы менингиом осуществляли путем лазирования в контактном режиме абляции. Затем осуществляли лазерную ваporизацию в дистанционном стандартном режиме, что позволяло коагулировать сосуды и «проваривать» паренхиму опухоли на глубину до 0,5 см. После лазирования обработанная ткань опухоли более легко фрагментировалась и удалялась. В дальнейшем осуществлялась лазерная обработка следующих участков паренхимы менингиомы, до тотального ее удаления.

Поверхностную обработку и рассечение капсулы аденом осуществляли лучом лазера в режиме абляции, после чего проводили лазерную коагуляцию опухолевой ткани в дистанционном режиме fibertom. После лазирования участки капсулы и ткань опухоли сморщивались и удалялись с использованием микрохирургической техники. В большинстве случаев удалось визуализировать и сохранить гипофиз.

Рассечение капсулы неврином осуществляли лучом лазера в контактном режиме абляции. Лазерное облучение паренхимы опухоли состояло из двух этапов. Сначала проводили поверхностную коагуляцию опухоли, а затем вапоризацию опухолевой ткани в дистанционном стандартном режиме. После лазирования ткань опухоли легче разрушалась и удалялась.

После операции уровень качества жизни по Шкале Карновского в 70 баллов и выше отмечался у всех пациентов с аденомами, у 80 % больных с невриномами, у 87 % больных с менингиомами и у 82 % больных с глиомами. Катамнез в течение 1-2 лет прослежен у 44 пациентов. Уровень качества жизни в 70 баллов и выше отмечался у 5 пациентов с аденомами из 5, у 8 пациентов с невриномами из 8, у 11 пациентов с менингиомами из 13, у 10 пациентов с глиомами из 18.

Таким образом, использование Nd-YAG лазера в нейроонкологии позволяет улучшить результаты хирургического лечения и повысить качество жизни больных.

ДРОБОТОВ В.Н., ЯКУШЕВА Т.С., КУВШИНОВ Д.Ю., ЕЩИН Е.Е.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Больница № 11,
г. Кемерово

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ КИСТИ

Параметры работоспособности мышц характеризуют двигательную активность человека. В ряде случаев они определяют годность к данной профессии, оказываются решающими для определения, к какому виду физических нагрузок подготовлены мышцы.

Способ определения работоспособности мышц сгибателей кисти реализуется следующим образом. Пациенту перед проведением исследования создается мотивация, объясняется методика исследования, и только после этого приступают к исследованию. Дополнительных мотиваций во время исследования не допускается.

Исследуемому предлагают сжимать динамометр до максимально возможного физического усилия в каждой попытке в темпе одно сжимание за 5 секунд с фиксацией величины мышечной силы при каждом максимальном усилии. Исследователем записывается вся последовательность динамометрии. При динамометрии возможны незначительные колебания показателей, что не исключает определения параметров работоспособности мышц сгибателей кисти по предлагаемым аналитическим выражениям. Исследование прекращают при величине мышечной силы, не превышающей 30 % от максимальной величины при данном исследовании.

Исследуемому предлагается отдых в течение фиксированного промежутка времени (время от последней попытки первого исследования до первой попытки повторного исследования). После отдыха повторяется аналогичное исследование. По аналитическим выражениям рассчитывают параметры работоспособности мышц: показатель снижения работоспособности кисти, скорость врабатывания, период максимальной работы, скорость утомления, показатель восстановления работоспособности кисти.

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ВЫРАЖЕНИЯ:

Показатель снижения работоспособности:

$$Sc = [1 - \sum_{i=1}^{n} F_i : (m \times F_{max})] \times 100, \text{ где:}$$

Sc – показатель снижения работоспособности кисти (%);

$\sum_{i=1}^{n}$ – знак суммы;

F_i – величина каждого волевого усилия (кг);

F_{max} – максимальная величина мышечной силы, кг.

m – количество попыток в исследовании (раз).

Скорость врабатывания:

$$Vв = (F_{max} - F_1) : (m \times t), \text{ где:}$$

Vв – скорость врабатывания (кг/сек);

m – количество попыток, затраченное на врабатывание от F_1 до F_{max};

t – темп нагружения кисти (сек).

Период максимальной работы:

$$T = t \times n_{max}, \text{ где:}$$

T – период максимальной работы (раз);

n_{max} – количество попыток с максимальной величиной мышечной силы.

Параметры работоспособности кисти позволяют определить готовность пациента к выполнению физической нагрузки.

ДРОБОТОВ В.Н., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К.,
КРАПИВИН Е.А., ПОПОВ П.В., ЛОСКУТНИКОВ С.Ю.,
ЕЩИН Е.Е., СМИРНОВ М.В., ПОТАНИН А.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной центр медицины катастроф,
МУЗ Больница № 11,
г. Кемерово

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Хорошо известно, что раневая инфекция в тканях, подвергшихся ишемизации, протекает тяжелее, чем в хорошо кровоснабжаемых тканях. А в асептических условиях хирургические первично ушитые раны хорошо кровоснабжаемых жизнеспособных тканей не нагнаиваются и, как правило, заживают первичным натяжением.

Заживление без нагноения случайной раны происходит тем чаще, чем в большей степени поврежденные ткани сохраняют свою жизнеспособность, адекватное кровоснабжение и трофику. В условиях одиночных и, особенно, массовых поражений при катастрофах или боевых действиях с применением огнестрельного оружия и обширных открытых повреждениях условий для заживления ран первичным натяжением, за редким исключением, нет. Поврежденные ткани мало жизнеспособны и, в той или иной степени, ишемизированы вследствие тяжести повреждений от снаряда либо от другого предмета, обладающего кинетической энергией и загрязненной неровной поверхностью, вызывающими сотрясение, ушиб, сдавление, размозжение краев ран и подлежащих тканей.

Тяжесть осложнений и исход заживления подобных ран определяют, как известно, с одной стороны, характер и вирулентность микрофлоры раны, с другой стороны, состояние защитных сил организма, его сопротивляемость патогенной микрофлоре, зависящая, главным образом, от кровоснабжения, трофики, жизнеспособности поврежденных тканей.

Нами предложен способ профилактики раневой инфекции путем местного применения перфторана (патент РФ № 2237473). В отличие от других способов доставки кислорода к ишемизированным тканям (например, подкожного введения кислорода), перфторан по механизму газопереноса наиболее близок к эритроцитам. В силу более малого размера, чем эритроцит, частицы перфторана способны проникать к поврежденной клетке не только через неповрежденный, но и через спазмированный сосуд (Иваницкий Г.Р., 2001).

После нанесения раны мягкие ткани травмированной конечности подвергались длительному сдавлению в течение 6 часов наложением на мягкие ткани травмированного бедра крысы металлических пластинок параллельно пупартовой связке. Таким образом, эта модель имитирует открытую тяжелую компрессионную травму мягких тканей конечности (классификация Кричевского А.Л. и др, 1995), при которой, как известно, раневая инфекция протекает особенно тяжело (Светухин А.В., 1996-1997; Рогачевский Д.В., 2001).

Изложенное дает основание связывать обнаруженные изменения течения раневого процесса с нормализующим кислородный режим травмированного организма действием перфторана. Нормализация кислородного режима в области раны с помощью оксигенированного перфторана практически сводит на нет те инфекционные осложнения раны, которые наблюдаются в контрольной группе.

Такое исследование, по нашим представлениям, позволило узнать, что преобладает от увеличения кислорода в ране, подавляющее действие организма на микрофлору или, наоборот, усиление вирулентности микробов и их подавляющее воздействие на сопротивляемость организма инфекции.

ДУБОВОЙ А.В., РИСОВЕР Р.Л.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

НОВЫЙ ВИД ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВЫ

Несмотря на отсутствие на территории нашей страны официальных боевых действий, ведущимися российской армией, в мирное время, хотя и реже, чем в военное, все же встречаются случаи огнестрельных ранений головы. Это связано со значительным количеством зарегистрированного и незарегистрированного стрелкового оружия на руках у населения.

Оружейные ранения головы по классификации, принятой в настоящее время, делятся на два основных вида: огнестрельные и неогнестрельные (Шулев Ю.А.). К огнестрельным ранениям относят пулевые, осколочные, дробовые, шрапнельные; к неогнестрельным – ранения из пневматического и метательного оружия.

В последние годы, в связи с распространением огнестрельного бесствольного, а также в связи с переделкой населением газового оружия под боевое, стали встречаться повреждения, отличные от описанных в классификации повреждений черепа и головного мозга.

В отделении нейрохирургии городской клинической больницы № 3 г. Кемерово за последние 1,5 года находились на лечении 8 пациентов с ранениями из пистолета ПБ-4-1 (комплекс «Оса»). В соответствии с законом РФ «Об оружии» (1996), к оружию самообороны относятся и некоторые виды огнестрельного оружия с патронами нелетального действия, в частности, пистолет «ПБ-4», входящий в комплекс самообороны «Оса».

Комплекс «Оса» предназначен для самообороны на коротких дистанциях. В состав комплекса входят бесствольный пистолет ПБ-4 и 18 мм специальные патроны нелетального действия с травматическим, светозвуковым, осветительным или сигнальным зарядом. Пистолет ПБ-4-1 бесствольный,

с блоком патронников на четыре патрона. Роль стволов здесь выполняется толстостенными и относительно длинными алюминиевыми гильзами. Дульная энергия при стрельбе резиновой пулей патрона с травматическим зарядом составляет 120 Дж, на расстоянии 10 метров она падает до 70 Дж, чего хватает для временного вывода человека из строя. Воспламенение порохового заряда в патроне происходит при полном нажатии на спусковой крючок пистолета за счет электрозаряда, который вырабатывается генератором, встроенным в УСМ пистолета (по принципу работы пьезозажигалки). Габариты комплекса позволяют носить его в кармане, поясной или дамской сумочке.

Патроны травматического действия состоят из алюминиевой гильзы, электровоспламенителя, заряда пороха, резиновой двухэлементной пули, выполненной в виде бочонка с притуплением в головной части и армирующего элемента.

Травматический патрон, который наиболее часто используется при стрельбе из пистолета «ПБ-4», в соответствии с назначением, должен оказывать останавливающее действие за счет болевого эффекта, возникающего при взаимодействии резиновой пули с телом человека. Однако, как показывает судебно-медицинская и криминалистическая практика, подобные повреждения не столь однозначны и во многом зависят от различных факторов и условий их применения.

При анализе повреждений, причиненных пистолетом ПБ-4-1, нами выделено наличие характерных черт, выделяющих этот вид ранения:

А. Нехарактерный для огнестрельного ранения вид входного отверстия, носящий характер ушибленно-размозженной раны, а также отсутствие копоти и пояска обтирания по краям ее, ввиду значительного рассеивания копоти при вылете пули из короткого ствола. Часто такие раны и фрагментарные вдавленные переломы костей черепа принимаются как следствие воздействия тяжелого твердого предмета. Огнестрельный характер повреждения зачастую выявляется как случайная находка при проведении рентгенографии черепа и обнаружении металлического инородного тела (пули).

Б. Характерная локализация ранений из устройства типа «Оса»: в большинстве случаев это непроникающие в полость черепа ранения лицевого скелета (4 случая), повреждение мозга в данном случае связано с ударно-сотрясающим механизмом травмы в виде ушибов головного мозга легкой и средней степени или сотрясением головного мозга. Случаев стволового ушиба головного мозга при черепно-лицевом огнестрельном ранении из устройства типа «Оса» нами не наблюдалось. Ранения имели слепой характер, и пуля располагалась в придаточных пазухах носа и носоглотке. Больные с черепно-лицевыми ранениями чаще поступали через 2-5 суток после травмы, что связано с получением травмы в состоянии алкогольного опьянения и относительно неплохим самочувствием раненых.

В одном случае у больного имелось касательное ранение мягких тканей и наружной кортикальной пластинки, при котором не отмечалось признаков поражения мозга, и больной после первичной хирургической обработки огнестрельной раны головы лечился амбулаторно.

Однако в трех случаях нами наблюдались проникающие черепно-мозговые ранения. В одном случае пуля проникла через полость глазницы с разрушением крыши орбиты и проникающим слепым радиальным ранением лобной доли. В другом случае входное отверстие пули локализовалось в надглазничном крае чешуи лобной кости, где имелся дырчатый перелом; при прохождении пули были последовательно разрушены полюс лобной доли и крыша орбиты. Пуля локализовалась в ретробульбарной клетчатке. В обоих вышеописанных случаях имелась тяжелая контузия глазного яблока с травматической отслойкой сетчатки, тотальным гемофтальмом, контузией и сдавлением зрительного нерва. В третьем случае проникновение пули в полость черепа произошло через чешую височной кости с внедрением пули в ткань височной доли на глубину до 3 см.

Отмечено, что глубина проникновения пули в мозговое вещество при проникающем ранении зависит от степени потери пулей кинетической энергии при торможении о кости черепа, и напрямую зависит от дистанции проводимого выстрела и толщины кости. Чем кость толще и больше расстояние произведенного выстрела, тем на меньшую глубину проникала пуля в мозговое вещество. Нами не наблюдалось ни одного случая диаметрального сквозного ранения благодаря малой кинетической энергии пули.

Считаем необходимым включать в комплекс обследования больных с ранениями из огнестрельного бесствольного оружия краниографию в передне-задней и боковой проекциях, а при необходимости и с применением специальных укладок, позволяющую выявить наличие инородного тела и установить его локализацию относительно полости черепа.

По возможности в комплекс обследования больных необходимо включать компьютерную томографию головного мозга и черепа в костном режиме, позволяющую уточнить наличие гемосинуса, характер повреждений мягкотканных структур лицевого скелета, а также состояние головного мозга, его оболочек и межоболочечных пространств, а в некоторых случаях и проследить ход раневого канала.

Таким образом, характерологические особенности ранений из огнестрельного бесствольного оружия ведут к необходимости комплексного обсле-

дования и лечения больных этой категории, которое должно проводиться совместно нейрохирургами, офтальмологами, риноотоларингологами, стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами.

ЕЛИСТРАТОВ О.Б., НОВОКШОНОВ А.В., АГАДЖАНЯН В.В.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

В настоящее время для закрытия дефекта черепа используют три основные группы пластических материалов: костная ткань, различные полимеры и металл. Отрицательными моментами являются возможное рассасывание кости, плохая моделируемость, непроницаемость для рентгеновских лучей. В последние годы для нужд травматологии и ортопедии широко используются материалы из титана и кальций-фосфатной керамики.

МАТЕРИАЛ

Нами использовался опыт хирургического лечения 252 больных с посттравматическими дефектами черепа в возрасте от 14 до 56 лет. Первой группе больных краниопластика была проведена ауто- и аллотрансплантатами (169 человек) и эксплантатами из протакрила (24 человека). Второй группе больных (32 человека) было проведено эндопротезирование пластиной из оксидированного титана. Третьей группе (27 человек) проведено эндопротезирование дефектов пластинами из титана с кальций-фосфатным покрытием. Во всех трех группах площадь дефекта черепа колебалась от 9 до 72 см^2. Ауто- и аллотрансплантаты были консервированы в слабом растворе формалина. Непосредственно перед операцией проводилась гидротермическая обработка костных трансплантатов для удаления формалина.

При операции эндопротезирования дефекта свода черепа протезом из оксидированного титана или титана с кальций-фосфатным покрытием по размеру дефекта формировалась пластина из титана с кальций-фосфатным покрытием с запасом на 1 см для более надежной фиксации. Не менее чем в трех точках через перфорационные отверстия пластина из титана фиксировалась омегообразными или волнообразными скобками из металла с памятью формы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 3-х пациентов первой группы в ближайшем и раннем послеоперационных периодах, в связи с возникшими локальными сосудистыми реакциями, вызвавшими усугубление неврологической симптоматики, произведено удаление эксплантата из протакрила, у 8 больных – удален аллотрансплантат. В связи с нагноением в отдаленном периоде у 6 больных произведено удаление костных аллотрансплантатов с секвестрэктомией. Процент осложнений от вторичных сосудистых реакций и воспалительного процесса составил 8,8 %. В отдаленном периоде после краниопластики у 28 больных (14,5 %) произошла полная или частичная резорбция трансплантата.

У всех больных второй и третьей групп получен хороший косметический и лечебный результат. Послеоперационное осложнение во второй группе было одно в связи с обострением псориаза волосистой части головы у больного в раннем послеоперационном периоде. Из 27 случаев эндопротезирования дефектов костей свода черепа пластинами из титана с кальций-фосфатным покрытием отмечено одно осложнение, через 4 месяца после операции развился лигатурный свищ мягких тканей височной области. После иссечения свищевого хода и удаления лигатуры воспалительный процесс купировался. Отдаленные результаты прослежены до 18-ти месяцев, осложнений не выявлено.

У всех больных фиксация трансплантата удовлетворительная, купирован синдром трепанированных. После эндопротезирования дефектов костей черепа уменьшилась асимметрия мозгового кровотока, который, как правило, бывает повышенным вследствие спазма сосудов на стороне костного дефекта. При проведении УЗДГ сосудов головного мозга у 6 больных отмечено уменьшение асимметрии мозгового кровотока. При исследовании глазного дна после закрытия дефекта регрессировали ангиодистонические изменения сетчатки. Церебрально-очаговый синдром у больных по степени выраженности уменьшился в 84 % случаев. К положительным моментам эндопротезирования пластиной из титана следует также отнести возможность проведения компьютерно-томографического исследования головного мозга, так как титановая пластина этой конструкции не дает наводок.

ВЫВОДЫ

При закрытии дефектов черепа ауто-, аллотрансплантатами и эксплантатами из пластической

массы отмечается высокий процент осложнений (до 14,5 %), как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационных периодах. Эндопротезирование дефектов костей свода черепа пластинами из оксидированного титана и титана с кальций-фосфатным покрытием уменьшает послеоперационные осложнения до 6,2 %, а также обеспечивает прочную фиксацию, сохраняет минимальную подвижность трансплантата и может являться методом выбора.

ИВАНОВ А.В., ИСТОМИН М.В., ДРОБОТОВ В.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Среди нейродистрофических заболеваний предплечья и кисти нередко встречается синдром карпального канала. Основным условием возникновения синдрома карпального канала являются перелунарные вывихи кисти, ложные суставы костей запястья, в частности ладьевидной кости, но чаще всего это переломы дистального метаэпифиза лучевой кости.

Техника известного оперативного вмешательства путем рассечения утолщенной поперечной связки запястья имеет ряд существенных недостатков: сохранение парастезий в пальцах кисти, атрофия мышц кисти и предплечья, что приводит к трофическим нарушениям, сохранению болевого синдрома. Необходимость качественно изменить подход к выполнению операций для восстановления чувствительности и предотвращения дегенеративно-дистрофических процессов в области лучезапястного сустава предопределила поиск новой техники операции.

Нами при синдроме карпального канала выполняется рассечение ладонной поперечной связки запястья, невролиз, эндоневролиз срединного и локтевого нервов до пучков второго порядка с использованием микрохирургической техники. При этом оперативном вмешательстве мы всегда наблюдали гипертрофированную ладонную поперечную связку запястья, рубцовые перетяжки срединного и локтевого нервов, нарушение трофики последних в виде цианотичности и уменьшения в диаметре на протяжении сдавления.

В нашей клинике за период с 1997-2004 гг. по выше описанной методике оперированы 52 пациента в возрасте 45-75 лет с синдромом карпального канала, развившимся как осложнение после перелома дистального метаэпифиза лучевой кости. Сроки после травмы составили от 5 дней до 2 месяцев и более. Большая часть пациентов получали консервативное лечение у невропатолога по поводу невропатии срединного и локтевого нервов в течение длительного времени без выраженного терапевтического эффекта.

По результатам игольчатой электромиографии до операции у пациентов имелось выраженное снижение проведения импульсов по срединному и локтевому нервам. Через 1 месяц после операции по выше изложенной методике по результатам электромиографии определялась четкая положительная динамика, а через 3 месяца отмечено восстановление проведения импульсов по срединному и локтевому нервам. Купирование болевого синдрома наступало в течение 1-4 недель, в зависимости от степени сдавления и давности заболевания.

Таким образом, результаты использования микрохирургической техники в лечении синдрома карпального канала позволяют сделать следующие выводы:

1. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 1 месяца, подтвержденного результатом электромиографии, показано оперативное лечение.
2. Наличие клиники синдрома карпального канала у пациентов с переломом дистального метаэпифиза лучевой кости показано оперативное лечение по выше изложенной методике и стабилизация перелома в первые 5 суток.
3. При оперативном лечении данной категории больных необходимо не только рассечение ладонной поперечной связки запястья, но и невролиз, эндоневролиз срединного и локтевого нервов до пучков второго порядка с использованием микрохирургической техники, стабилизация перелома при его наличии.
4. Данный метод позволяет в достаточно короткие сроки снять болевой синдром, вернуть пациента к полноценному качеству жизни и восстановить трудоспособность.

5. Среди пациентов с синдромом карпального канала выделены группы риска, что позволяет профилактировать его развитие или в более ранние сроки прибегнуть к оперативному лечению.

ИВАНОВ А.В., ИСТОМИН М.В., ПЛОТНИКОВ Г.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНХОНДРОМ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТАТОВ «SYNTHES»

Доброкачественные опухоли костей кисти и пальцев составляют, по данным разных авторов, от 7 до 13 % всех опухолей и опухолевидных поражений скелета. Наиболее часто встречаются энхондромы кисти с преимущественным поражением фаланг пальцев и пястных костей у лиц в возрасте от 10 до 40 лет.

В течение многих лет энхондромы кисти лечатся оперативным путем по традиционной методике, которая заключается в экскохлеации или резекции опухоли, замещении дефекта трансплантатом, фиксации спицами Киршнера, аппаратами внешней фиксации либо скобами из никелида титана, при этом часто используется внешняя иммобилизация гипсовой шиной. В результате длительной иммобилизации, не менее 4-6 недель, страдает функция кисти, возникают стойкие артрогенные и тендогенные контрактуры пальцев.

Использование металлоконструкций из низкокачественных металлов часто вызывает металлоз. Учитывая, что энхондромы кисти диагностируются чаще при возникших патологических переломах, то требуется не только замещение дефекта, но и стабильная фиксация перелома, ранняя функция кисти. Актуальность этой проблемы и желание устранить недостатки послужило причиной поиска нового метода оперативного лечения энхондром.

С появлением в нашей клинике оригинального мини-инструментария и имплантатов для погружного периферического остеосинтеза «Synthes» — «Модульная система для кисти» и технологии их использования, появилась возможность внедрить новый метод оперативного лечения энхондром кисти.

За период 2000-2005 гг. выполнены 28 оперативных пособий в лечении энхондром кисти у пациентов в возрасте 15-67 лет с использованием миниимплантатов «Synthes». При этом проводятся экскохлеация или резекция опухоли, замещение дефекта аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости и фиксация миниимплантатами «Synthes». Для фиксации пястных костей мы использовали пластины, фиксация основной и средней фаланг выполнялась с помощью пластин или винтов, либо их комбинацией, дистальные фаланги пальцев фиксировали винтами. Внешняя иммобилизация не применялась. С первого дня после операции все пациенты начинали лечебную физкультуру, что позволило в короткие сроки восстановить функцию кисти и улучшить репаративные процессы.

В отдаленном послеоперационном периоде мы наблюдали полную перестройку регенерата и консолидацию перелома в сроки до 2 месяцев с сохранением полной функции кисти.

Таким образом, результаты с использованием миниимплантатов «Synthes» в лечении энхондром кисти позволяют сделать следующие выводы:

1. Необходимо не только удаление опухоли, но и стабильная внутренняя фиксация, удовлетворительная компрессия, что позволяет отказаться от внешней иммобилизации и начать раннее восстановление функции кисти до сращения перелома и перестройки регенерата.
2. Данный метод фиксации позволяет избежать деформации кости в области трансплантата, наиболее полно этим условиям соответствуют имплантаты «Synthes».
3. Использование высококачественных имплантатов, прошедших тестирование путем химического анализа, физических и металлографических тестов, позволяет избежать металлоза.
4. Данная технология создает комфорт и удобство в раннем послеоперационном периоде.
5. Оперативное лечение энхондром данным методом позволяет в более короткие сроки вернуть пациента к полноценному качеству жизни и восстановить трудоспособность.

ИСТОМИН М.В., ИВАНОВ А.В., ДРОБОТОВ В.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТОВ «SYNTHES»

Переломы костей кисти и пальцев составляют, по данным разных авторо,в от 13-37 % всех переломов. Наиболее часто встречаются переломы пястных костей, фаланг пальцев ладьевидной кости у лиц в возрасте 16-55 лет. В течение многих лет переломы костей кисти лечатся оперативным путем по традиционной методике, которая заключается в фиксации спицами Киршнера, аппаратами внешней фиксации либо скобами из никилида титана, при этом используется внешняя иммобилизация гипсовой шиной. В результате длительной иммобилизации, не менее 4-6 недель, страдает функция кисти, возникают стойкие артрогенные и тендогенные контрактуры пальцев.

Использование металлоконструкций из низкокачественных металлов часто вызывает металлоз. Учитывая, что переломы зачастую имеют оскольчатый, внутрисуставной характер, требуется стабильная фиксация перелома, ранняя функция кисти. Актуальность этой проблемы и желание устранить недостатки послужили причиной поиска нового метода оперативного лечения.

Появление в нашей клинике оригинального мини-инструментария и имплантатов для погружного периферического остеосинтеза «Synthes» – «модульная система для кисти» и технологии их использования позволило внедрить новый метод оперативного лечения переломов костей кисти.

За период 1997-2004 гг. выполнено 345 оперативных пособий в лечении переломов костей кисти у пациентов в возрасте 15-65 лет с использованием миниимплантатов «Synthes». Для фиксации пястных костей использовались пластины, фиксация основной и средней фаланг выполнялась с помощью пластин или винтов, либо их комбинацией, дистальные фаланги пальцев и ладьевидную кость фиксировали винтами.

Внешняя иммобилизация не применялась, за исключением переломов ладьевидной кости. С первого дня после операции все пациенты начинали лечебную физкультуру, что позволило в короткие сроки восстановить функцию кисти и улучшить репаративные процессы. В отдаленном послеоперационном периоде наблюдалась полная консолидация переломов в сроки до 2 месяцев с сохранением полной функции кисти.

Таким образом, использование миниимплантатов «Synthes» в лечении переломов костей кисти позволяют создать стабильную внутреннюю фиксацию, удовлетворительную компрессию, отказаться от внешней иммобилизации и начать раннее восстановление функции кисти до сращения перелома.

КАБИРОВ А.В., ПАНФИЛОВ С.Д., ГРАЧЕВ А.М., ЗИМИН В.В., ВАСИН А.С., КИСЛОВ Э.Е., БАТРАКОВ А.М., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
МЛПУ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ГРУДНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ – ПОЛОСТНАЯ ИЛИ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ?

Цель исследования – сравнительная оценка ближайших результатов выполнения операции грудной симпатэктомии (ГСЭ) при полостном ее выполнении и эндоскопическом варианте.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с января 1993 г. по сентябрь 2005 г. оперированы 24 пациента, доля мужчин составила 79,1 % (19 больных), женщин – 20,9 % (5 пациенток). Пациентов с синдромом Рейно было 14 человек (58,3 %), постэмболическая окклюзия (либо тромбоз) плечевой или подключичной артерии встретились у 4 больных (16,6 %), проявления облитерирующего тромбангиита – у 3 (12,5 %), другие заболевания – у 3 (атеросклеротическая окклюзия артерий предплечья, аневризма подключичной артерии, состояние после перевязки плечевой артерии). У всех оперированных имели место выраженные проявления хронической ишемии верхних конечностей, из них у 18 (75 %) – с гангренозно-некротическими изменениями пальцев.

С 2000 г. в клинике внедрена методика эндоскопической грудной симпатэктомии. Все опери-

рованные разделены на 2 подгруппы: подгруппа А включала 12 пациентов, которым грудная симпатэктомия выполнена путем торакотомии (ТГСЭ), подгруппа Б состояла из 12 больных, которым выполнена эндоскопическая грудная симпатэктомия (ЭГСЭ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинически улучшение отмечено у всех оперированных пациентов. Изолированная симпатэктомия выполнена в 19 случаях (79,1 %), в сочетании с ампутацией (экзартикуляцией) пальцев — в 5 (20,9 %). В одном случае, при попытке выполнения ЭГСЭ отмечен грубый спаечный процесс в левой плевральной полости, что потребовало перехода на торакотомию.

Продолжительность операции в подгруппе А составила 67,4 ± 15,3 мин и была достоверно выше ($p < 0,01$), чем в подгруппе Б, где время операции составило 44,8 ± 6,6 мин. Длительность наркоза в подгруппе А, в среднем, составила 88,4 ± 10,6 мин, в то время как в подгруппе Б указанный показатель составил 62,5 ± 9,7 мин ($p < 0,05$). Необходимость во введении наркотических обезболивающих препаратов в послеоперационном периоде в подгруппе А составила 11,2 ± 2,3 инъекций, достоверно превысив ($p < 0,001$) аналогичный показатель в подгруппе Б (5,6 ± 1,4). Послеоперационный койко-день в подгруппе А составил 12,8 ± 4,3 и достоверно не различался с подгруппой Б, где был равен 12,2 ± 3,9 ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

Выполнение ЭГСЭ является вариантом выбора оперативного вмешательства у пациентов с выраженной хронической ишемией верхних конечностей на фоне нейроваскулярных синдромов, окклюзионных поражений магистральных артерий верхних конечностей в силу своей малой травматичности, меньшей длительности хирургического этапа операции и времени наркоза.

Динамика болевого синдрома в верхней конечности после операции, а также со стороны торакотомного доступа (при ТГСЭ) и мест введения троакаров (при ЭГСЭ), и связанная с этим потребность в обезболивании в сравнимаемых подгруппах также указывает на более мягкое течение послеоперационного периода в группе пациентов с выполненной эндоскопически грудной симпатэктомией.

Перенесенные воспалительные процессы легких и плевры должны учитываться в качестве факторов, потенциально вызывающих формирование выраженного спаечного процесса в плевральной полости и могущих привести к отказу от выполнения эндоскопической грудной симпатэктомии.

КАЗНИН В.В., ХОРОШИЙ В.Н., ПОТАПОВ Э.А., ЮШКОВ Н.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ И ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ СЛЕВА

Больной Гаджиев Н.Ф., 39 лет, поступил в санпропускник МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского 30 августа 2005 года с жалобами на кровотечение из раны под нижним веком слева; боль в левой половине лица, в затылке; заложенность носа слева, сукровичное отделяемое из левой половины носа; отсутствие зрения на левый глаз.

Из анамнеза: за 5 дней до поступления неизвестный выстрелил в лицо из огнестрельного оружия. 30 августа обратился в приемное отделение МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского. При осмотре, на левой щеке кровоточащая рана, при риноскопии слизистая полости носа слева отечная, сукровичное отделяемое.

На R-грамме ППН определяется инородное тело (пуля) в проекции основной пазухи с повреждением левой гайморовой пазухи и клеток решетчатого лабиринта. На КТ лицевого скелета определяется дефект передней стенки левой верхнечелюстной пазухи, оскольчатый перелом передней ее стенки, инородное тело основной пазухи.

Консультация нейрохирурга: Ушиб головного мозга. Огнестрельное ранение левой половины лица с повреждением верхнечелюстной пазухи слева, решетчатой кости, основной пазухи. Амавроз слева. Инородное тело основной пазухи. Консультация окулиста: Ушиб века слева. Гемофтальм OS. Подвывих хрусталика OS. Отслойка сетчатки OS. По данным LP от 31.08.05, цитоз 6/3, белок 0,29 г/л, прозр., б/цв., эр. не обнаружены.

В связи с отсутствием тяжелой черепно-мозговой травмы, больной переведен для радикального лечения в ЛОР-отделение. 1.09.05 под ЭТН произведена операция — гайморотомия слева с удалением инородного тела. В челюстной пазухе кос-

тные фрагменты передней стенки челюстной пазухи и нижней стенки орбиты, фрагменты решетчатого лабиринта. Костные отломки удалены. Щипцами через левый носовой ход удалены инородное тело (резиновая пуля) из основной пазухи и костные фрагменты. Гемостаз. Тампон. Швы на рану. В послеоперационном периоде – перевязки, дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая терапия.

Консультация офтальмолога КОКОБ от 2.09.05: Контузия глазного яблока, гемофтальм слева. Местно дексон, нормакс, дексаметазон. На девятые сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

КАЛАШНИКОВ В.В., ВОЛНА А.А., СТАЦЕНКО О.А., НОСКОВ В.П.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

С 7.07.98 по 27.09.05 в клинике выполнены 291 операция эндопротезирования тазобедренных суставов эндопротезами «MATHYS» у 262 пациентов в возрасте от 19 до 90 лет, средний возраст – 54,6 лет. Мужчин было 106 (40,5 %), женщин – 156 (59,5 %). По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: 19-29 лет – 13 (4,9 %), 30-39 лет – 40 (15,3 %), 40-49 лет – 54 (20,6 %), 50-59 лет – 47 (17,9 %), 60-69 лет – 49 (18,7 %), 70-79 лет – 52 (19,8 %), 80 лет и старше – 7 (2,8 %).

Показаниями для эндопротезирования являлись: диспластический коксартроз – 104 (39,7 %), переломы шейки бедренной кости и их последствия – 63 (24 %), идиопатический коксартроз – 38 (14,5 %), посттравматический коксартроз – 21 (8 %), асептический некроз головки бедра – 13 (4,9 %), ревматоидный полиартрит – 5 (1,9 %), врожденный вывих бедра – 3 (1,1 %), болезнь Отта – 2 (0,8 %), патологический перелом шейки бедра (остеопороз неясного генеза) – 2 (0,8 %), последствия септического гнойного коксита – 2 (0,8 %), болезнь Бехтерева – 2 (0,8 %), метастатический перелом шейки бедра – 1 (0,4 %), последствия перенесенного гематогенного остеомиелита таза, проксимального отдела бедра – 3 (1,1%), последствия полиомиелита – 1 (0,4 %), псориатическая артропатия – 1 (0,4 %).

Двустороннее эндопротезирование проводилось 28 пациентам. Комплектация компонентов эндопротеза выглядела следующим образом: бесцементная чашка, бесцементная ножка – 145 (49,8 %), бесцементная чашка, цементная ножка – 36 (12,4 %), цементная чашка, цементная ножка – 86 (29,6 %), цементная чашка, бесцементная ножка – 2 (0,7 %), укрепляющее кольцо, цементная ножка – 14 (4,8 %), укрепляющие кольца, бесцементная ножка – 8 (2,7 %).

Виды осложнений: неполные переломы, периротезные переломы проксимального отдела бедра – 7 (2,4 %), вывих головки эндопротеза – 5 (1,7 %), тромбоэмболия, жировая эмболия, острая сердечная недостаточность – 3 (1 %), невриты седалищного нерва – 4 (1,4 %), серомы – 9 (3,1 %), оссифицирующие миозиты – 4 (1,4 %), тромбофлебиты – 7 (2,4 %), транспорт полиэтилена – 2 (0,7 %).

Нагноения: поверхностные – 3 (1 %), глубокие – 11 (3,8 %) у 9 пациентов. Столь значимый, большой процент глубоких нагноений (3,8 %), обусловлен тем, что практически все пациенты относились к группам высокого риска. А у некоторых даже были абсолютные противопоказания к эндопротезированию (по Сивашу К.М., Гурьеву В.Н.).

Так, больной К., 35 лет, за два года до операции перенес ожоговый сепсис. На фоне обширных рубцов в зонах оперативных доступов у него имелись костные анкилозы в порочном положении (поза эмбриона), не только тазобедренных суставов, но и левого коленного. Неоднократные санирующие операции с использованием проточной санации антисептиками, регионарной антибиотекотерапии путем катетеризации бедренной артерии и внутриартериальной инфузии привели к рецидиву воспалительного процесса и дестабилизации конструкций, что, в конечном итоге, потребовало их удаления у семи пациентов. У двух больных с вялотекущими формами воспаления, признаки нестабильности оказались на первом месте (эндопротезы удалены без попытки сохранения). В одном случае ревизионное эндопротезирование выполнялось через два года после купирования воспаления, так же закончилось бурным глубоким воспалением.

ВЫВОДЫ:

1. Расширение показаний к тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава больным после гнойно-септических процессов может нанести существенный физический и экономический вред пациенту и обществу.

2. При наличии глубоких нагноений без еще не развившихся признаков нестабильности компонентов эндопротеза необходимость продления его жизни беспочвенна.
3. Ревизионное эндопротезирование после перенесенного гнойного воспаления так же теряет свой первоначальный смысл, так как приводит к рецидиву септического процесса.

КАЛИНИЧЕВ А.Г., КОЛЕСНИКОВ Е.С., КОРЖУК М.С., СИТНИКОВА В.М.
Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова, г. Омск

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И ТОРАКАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ (СТЧМТТ)

Представлен анализ результатов диагностики и лечения 277 пострадавших с СТЧМТТ, пролеченных в нейрохирургическом и торакальном отделениях в 1998-2004 гг. Несмотря на рост числа пострадавших, с 28 в 1998 г. до 47 в 2002 г. и 46 в 2004 г., летальность при этих повреждениях снизилась с 54,5 % в 1999 г. до 36 % в 2002 г. Причем, в 1998 г. 8 из 15 погибли в первые 2-е суток после поступления, а в 2004 г. в эти же сроки умерли лишь 5 из 17.

Значительное снижение летальности в группе пострадавших с СТЧМТТ позволило определить диагностические и лечебные алгоритмы их ведения. Особенностями этого сочетания являются синдромы «взаимного отягощения и перекрытия», что требует комплексного подхода к ранней и своевременной диагностике этих травм, к их интенсивной патогенетической терапии.

1. В многопрофильном стационаре специализированная медицинская помощь должна оказываться при поступлении в условиях реанимационного зала, где имеется возможность проводить не только немедленные реанимационные мероприятия, но и диагностические и лечебные манипуляции.
2. Осмотр всеми специалистами в виде **первичного консилиума** (реаниматолог, нейрохирург, торакальный хирург, хирург, травматолог).
3. Общие принципы терапии СТЧМТТ направлены на восстановление функции дыхания, стабилизацию гемодинамики, противошоковую терапию, остановку кровотечения, а также торакоцентез с дренированием плевральной полости и активной аспирацией патологического содержимого.
4. Проведение интенсивной терапии одновременно является элементом дифференциальной диагностики уровня повреждения головного мозга. Отсутствие положительной неврологической динамики не исключает наблюдения нейрохирурга в виде контрольной ЭхоЭС, по возможности, выполнения КТ. Стабилизация гемодинамики нередко влечет за собой бурное развитие дислокационного синдрома.
5. Обязательно проведение **повторного консилиума** после выполнения диагностических мероприятий с привлечением всех специалистов для определения тактики лечения или необходимости дополнительного обследования.
6. ЧМТ, проявляющаяся компрессионно-дислокационным синдромом, вне зависимости от тяжести травмы груди, требует экстренной нейрохирургической операции. Наличие одного симптома сдавления головного мозга в сочетании с минимальным смещением М-Эхо является показанием к трепанации черепа с ревизией оболочечных пространств.
7. Операция должна быть щадящей и минимальной по объему, ограничиваясь декомпрессивной трепанацией, удалением гематомы, отмыванием мозгового детрита, наложением вентрикулодренажа. Оперативное лечение должно проводиться только при явной тенденции к стабилизации гемодинамики и витальных функций. Перед операцией необходимо определиться со степенью повреждения органов груди, и при наличии гемопневмоторакса — дренировать плевральную полость.
8. В послеоперационном периоде предпочтительны ранняя трахеостомия и комбинированная антибиотикотерапия для профилактики госпитальной пневмонии. Как антигипоксант с первых суток назначаем мексидол, с 3-х суток, как нейропротектор, — кортексин.

Таким образом, четкая оценка тяжести травмы груди, оказание ранней помощи торакальным хирургом, строгое определение показаний к операции на головном мозге позволяют улучшить исходы СТЧМТТ.

КАРМАДОНОВ А.В., ОРЛОВ А.Б., ПОПОВ П.В..
МУЗ Городская клиническая больница № 11,
г. Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫХ БАЛЛОНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

Внутрижелудочный баллон (Bib system) является относительно новым способом коррекции веса, появившимся вследствие поиска специалистами метода более эффективного, чем прием фармакологических препаратов, и более безопасного, чем выполнение бариатрических операций.

Механизм действия интрагастрального баллона состоит в следующем. Пища в небольшом количестве (2-3 столовые ложки) поступает в верхний «малый» желудочек и медленно проходит через узкое переходное отверстие в нижние отделы, при этом осуществляется длительное воздействие на рецепторы слизистой желудка как непосредственно самой пищей, так и стенкой баллона. Сигналы от нервных окончаний поступают в головной мозг, возбуждая центр насыщения, способствуя сохранению чувства сытости в течение длительного времени. Через несколько месяцев создается и закрепляется условно-безусловный рефлекс возникновения и сохранения чувства сытости на потребление малого количества пищи.

Учитывая тот факт, что в основе механизма действия баллона лежит не подавление центра голода (как при применении фармацевтических препаратов), а стимуляция центра насыщения, синдрома отмены после его удаления не происходит. Установка интрагастрального баллона является временной процедурой. Максимальной срок его нахождения в желудке, согласно рекомендациям фирмы-производителя (гарантия целостности стенки баллона), составляет 6 месяцев.

Мы обладаем опытом установки 6 баллонов 4 женщинам и 2 мужчинам. Возраст пациентов — от 16 до 46 лет. Масса тела до операции от 80 до 105 кг, ИМТ от 30 до 35. Установки выполнялись под общим наркозом. Пациенты находились в отделении несколько часов. У всех пациентов наблюдается стабильное снижение массы тела. Эффективность лечения можно соотнести со средними мировыми показателями и, по нашим данным, составляет, в среднем, 17,5 кг (5-30 кг). При этом результат лечения во многом зависит от самих пациентов, от того, насколько аккуратно они соблюдают врачебные рекомендации.

ВЫВОДЫ:

1. Применение внутрижелудочных баллонов показано пациентам с ИМТ 30-40 в качестве основного метода лечения, пациентам с ИМТ более 40 в качестве первого этапа, перед хирургической операцией.
2. Результат лечения во многом зависит от аккуратности пациента в соблюдении рекомендаций.
3. Очень эффективно использовать внутрижелудочный баллон в комплексной терапии ожирения.

КАРМАДОНОВ А.В., ОРЛОВ А.Б., ПОПОВ П.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 11,
г. Кемерово

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ГАСТРОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Операция вертикальная гастропластика относится к, так называемым, рестриктивным (гастроограничительным) операциям. В основе выполнения данной операции лежит формирование «малого желудочка», что достигается путем прошивания передней и задней стенок желудка вдоль малой кривизны с помощью специального сшивающего аппарата, с наложением нескольких рядов титановых скрепок. В этом отделе желудка мышечный слой имеет наибольшую толщину и менее подвержен растяжению.

При современном варианте выполнения вертикальной гастропластики используется аппарат линейного шва TA-90BN, разработанный в 1991 году специально для данной операции, позволяющий выполнять вертикальную гастропластику с наложением всего одного 4-х рядного линейного шва. В качестве «псевдопривратника» так же чаще всего используется полипропиленовая сетка. Использование аппарата TA90-BN позволяет значительно уменьшить травматизацию стенок желудка и более четко откалибровать размеры формируемого «малого желудочка». Возможно также лапароскопическое выполнение данной операции.

С начала 2005 года выполнены 5 операций вертикальной гастропластики у 4 женщин и 1 муж-

чины. Возраст пациентов от 23 до 53 лет. Масса тела до операции от 100 до 150 кг. ИМТ от 35 до 50. Операции выполнялись лапаротомным доступом. Среднее пребывание в стационаре 6 дней. Результаты прослежены в сроки от 3-х до 6 месяцев.

У всех пациентов наблюдается стабильное снижение массы тела. У 2-х пациенток, которым операция выполнялась 6 месяцев назад, снижение массы тела составило 24 и 36 кг. Из осложнений можно отметить 1 частичное нагноение послеоперационной раны (у пациентки в качестве шовного материала использовались хлопчатобумажные нити, в дальнейшем мы использовали только современный шовный материал), у 2-х пациенток имелись признаки сужения выходного отверстия малого желудочка.

ВЫВОДЫ:

1. Операция вертикальной гастропластики является эффективным методом лечения морбидного ожирения.
2. Операция из мини-доступа и лапароскопический вариант позволяют свести операционную травму к минимуму.

КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., ЗОЛОЕВ Г.К.
МЛПУ Городская клиническая больница № 29,
Медсанчасть ОАО Западно-Сибирский металлургический комбинат,
Новокузнецкий НПЦ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,
г. Новокузнецк

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ

У большинства больных с критической ишемией, несмотря на распространенное поражение артерий, имеются условия для улучшения кровообращения в нижней конечности. При невозможности проведения бедренно-подколенно-тибиальной реконструкции вследствие множественного диффузного атеросклеротического процесса, основная задача состояла в увеличении объемной скорости кровотока через систему глубокой артерии бедра (ГАБ) путем ликвидации стеноза ее ствола.

Цель исследования – провести сравнительную оценку результатов изолированной реконструкции ГАБ в сочетании с поясничной симпатэктомией (ПСЭ) и без нее у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 49 пациентов с облитерирующим атеросклерозом и КИНК. Больные были разделены на две группы: 1 группа – 25человек (51 %), которым выполнена профундопластика с ПСЭ, 2 группа – 24 человека (49 %), проведена только профундопластика. Средний возраст больных составил 69,5 лет. Показания к реконструкции ГАБ ставились при сохранном кровотоке по аорто-подвздошному сегменту, протяженной окклюзии бедренно-подколенно-берцового сегмента, поражении проксимальной части ГАБ более 50 % при относительно интактной дистальной ее части.

Для оценки регионарной гемодинамики, выбора показаний и способа реконструкции использовались дуплексное сканирование с цветным картированием, рентгеноконтрастная ангиография, ультразвуковая допплерометрия с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Завершающим этапом была интраоперационная ревизия.

При локальных изменениях бифуркации общей бедренной артерии производилась чрезбедренная эверсионная эндартерэктомия – 3 пациента (6,1 %). При распространении атеробляшек на основной ствол ГАБ выполнялась ее дезоблитерация и профундопластика по Martin с использованием аутовенозной заплаты – 22 пациента (42,9 %). При окклюзии поверхностной бедренной артерии от устья заплата выкраивалась из ее проксимального отдела и производилась профундопластика по Weibel – 25 больных (51 %).

В раннем послеоперационном периоде улучшение (исчезли боли покоя, заживление поверхностных дистальных некрозов, демаркация зон некрозов) в 1 группе было у 22 пациентов (88 %), во второй группе – у 18 (75 %). Клиническое улучшение четко коррелировало с увеличением ЛПИ в обеих группах, в среднем, на 0,3. Отсутствие эффекта с последующим прогрессированием ишемии в 1 группе наблюдалось у 3 пациентов (12 %), во второй – у 6 (25 %). Всем пациентам в сроки от 1 до 3 месяцев выполнена ампутация конечности. В сроки наблюдения от 18 до 36 месяцев у всех пациентов с сохраненной конечностью удалось ликвидировать КИНК и перевести ее в более легкий функциональный класс.

ВЫВОДЫ

Результаты сравнительной оценки профундопластики в сочетании с ПСЭ и без нее свидетельствуют о необходимости и целесообразности дополнительной симпатэктомии, которая способствует снятию вазоконстрикции и уменьшению периферического сопротивления, тем самым улучшая результаты операции. Можно утверждать, что операции по восстановлению артериального кровотока через систему ГАБ хоть невелики по объему и травматичности, но зачастую играют решающую роль в сохранении конечностей и улучшении качества жизни пациентов.

КОЛОМЕНДИНА Л.Ф., ЩЕТИНИН В.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр, г. Кемерово

АКУСТИЧЕСКИЕ СТВОЛОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Проблема исследования функционального состояния головного мозга у больных с острой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) приобретает все более актуальное значение. Это обусловлено непрерывно увеличивающейся частотой и тяжестью ЧМТ, которая захватывает наиболее трудоспособную группу населения в возрасте 20-50 лет.

В настоящее время акустические стволовые вызванные потенциалы (АСВП) представляют собой один из ведущих объектов исследования в неврологии и нейрофизиологии. Отражая функциональные расстройства деятельности стволовых структур, АСВП позволяют объективизировать наши представления о функционировании интегративных механизмов ствола головного мозга, корково-стволовых взаимоотношений.

АСВП были зарегистрированы у 30 пациентов с ЧМТ средней степени тяжести в остром периоде. Латентный период (ЛП) и межпиковые интервалы (МПИ) волн АСВП оказались патологически увеличенными у 19 больных (63,3 %) на величину 0,4-0,65 мс. ЛП был удлинен только у одной волны – у 9 пациентов (30 %) (слева у 3, справа у 6). Это касалось волны I – у 2 больных, волны III – у 2 больных, волны V – у 5 больных. Увеличение ЛП у двух волн или ЛП у одной волны и у одного МПИ отмечено у 7 больных (23,3 %) (одностороннее у 5, двустороннее у 3), из них увеличенным ЛП оказался у V волны и одновременно у МПИ I-V – у 5 больных. Повышение значений ЛП и МПИ у 2-3 компонентов наблюдалось у 3 больных (10 %) (одностороннее у 2, двустороннее у 7).

Деформация волн АСВП в виде их раздробления отмечена у 21 пострадавшего (70 %), из них у 11 раздробленной была одна волна, у 7 – две волны, у 3 – три волны. У 18 раздробленными оказались те волны, чьи ЛП были патологически повышенными. Процессу деформации подвергались все волны, но чаще это происходило с волнами V, I, реже с волной III. У здоровых людей деформации волн не обнаружено. Поэтому обнаружение раздробленных волн АСВП при черепно-мозговой травме средней степени тяжести отнесли к патологическим признакам.

Анализируя полученные результаты, согласно классификации Лебедева, патологические изменения оценивались, как умеренные. Таким образом, использование метода АСВП у больных с острой черепно-мозговой травмой дает возможность индивидуализировать диагностику на основе углубленных оценок поражения структур ствола мозга и определения тяжести поражения.

КОМКОВ А.Р., ГРУДИН Ю.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2, г. Кемерово

ОПЕРАТИВНЫЙ ТЕХНИК – ИННОВАЦИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Появление новых имплантатов, навигационных технологий малоинвазивного остеосинтеза, а также изменения в тактике лечения ортопедического или травмированного больного, требуют изменения в организации оперативной деятельности.

Цель – медико-экономическое обоснование новой штатной единицы – оперативный техник в отделениях травматологии и ортопедии.

Задачи: 1. Решение вопроса о квалифицированном уходе и обслуживании многочисленных технических средств, применяемых во время операций на опорно-двигательной системе. 2. Ассистенция во время оперативных вмешательств, без врачебной квалификации. 3. Решение проблемы «больше времени проводить у постели больного». 4. Снижение нагрузки на операционную сестру. 5. Привлечение молодых специалистов среднего медицинского звена в практическое здравоохранение.

Решение поставленных задач:

Внедрение новых технологий диагностики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы, применение современных имплантатов, навигационной и артроскопической техники требует определенных знаний для подготовки к операции, правильной эксплуатации и санитарной обработки. Не секрет, что успех операции зависит от состояния используемой техники. Операционная сестра, младший медперсонал, «отстояв» с разными бригадами оперирующих врачей от 3 до 5 операций в день, физически не могут или не хотят адекватно подготовиться к следующему операционному дню. Тем более что за каждый используемый имплантат необходимо отчитаться, как за дорогостоящую технологию, провести мелкий ремонт костного инструментария, специальную обработку эндоскопического и артроскопического оборудования. Идеальное состояние техники, порядок в имплантатах и инструментарии, помощь в подготовке к операции – все это работа оперативного техника. Оперативный техник – это специалист, который займет среднее положение между операционной сестрой и врачом.

Анализируя общую оперативную деятельность, а также оперативную активность по экстренным и плановым больным, отмечается значительный прирост. В 1996 г. общая оперативная активность составляла 55 %, в 2004 г. – почти 70 %. Оперативная активность по отношению к экстренным больным в 1996 г – 53,2 %, в 2004 г. – 65, %, у плановых больных – 66% и 90,1 %, соответственно. Все это говорит о том, что травматолог-ортопед больше времени проводит у операционного стола и меньше уделяет внимание пациентам, которых он курирует.

Если же врач пытается успеть выполнить работу в полном объеме, это выполняется в ущерб его свободного времени, без должной оплаты. При наличии оперативного техника эта проблема будет решена за счет его участия в качестве ассистента во время операций. Это могут быть операции первой и второй категорий сложности. При проведении более сложных операций оперативный техник будет исполнять роль второго или третьего ассистента. «Свободный» врач в это время сможет уделить больше внимания пациенту, выполнить больший объем необходимых инвазивных и неинвазивных манипуляций, педантичнее оформить госпитальную документацию и пр.

В штате лечебного учреждения предусмотрен медицинский технолог, но в многопрофильных лечебных учреждениях медицинский технолог осуществляет лабораторную работу. Что мешает сделать его не лаборантом, а оперативным техником? Тем более, что требования к образованию аналогичные – среднее медицинское с разрядами от 9 до 12. Дополнительное материальное поощрение можно осуществлять за счет внебюджетных поступлений.

КРАВЧУКОВ И.В., БАТРАК Ю.М., АНУФРИЕВ А.П., ЯРНЫХ В.В.
МУЗ Городская больница № 1,
г. Барнаул

ЗАДНЯЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ ИМПЛАНТАТАМИ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

Консервативное лечение повреждений грудных и поясничных позвонков связано с длительными сроками лечения, часто приводит к неудовлетворительным результатам и дает высокую частоту инвалидизации пациентов. Существующие методы оперативного лечения (серкляжная проволока, пластины Каплана-Антонова, стяжка Цивьяна-Рамиха) не обеспечивают надежной фиксации, достаточной стабилизации и реклинации поврежденного сегмента. В отдаленном периоде часто происходит миграция металлоконструкций.

В последние 5 лет мы, при оперативном лечении у пациентов с повреждениями грудных и поясничных позвонков, применяли заднюю динамическую фиксацию стягивающими скобами из никелида титана с эффектом памяти формы. Использовали скобы со спиралевидными и омегообраз-

ными витками, расположенными в двух плоскостях. Для фиксации грудного и поясничного отделов позвоночника использовали скобы из сплава ТН-10 с 3-7 витками и крючками-захватами, расположенными в одной или двух плоскостях.

Оперативное вмешательство проводили в положении больного на животе с валиками высотой 15-20 см под грудной клеткой и крыльями подвздошных костей. Такое положение позволяло добиться дополнительной интраоперационной реклинации поврежденного сегмента. При неосложненных компрессионных переломах III-IV степени с сохраненным задним опорным комплексом фиксацию осуществляли за остистые отростки либо дуги вышележащего и нижележащего позвонков. Для усиления эффекта стабилизации и предупреждения ротационной нестабильности в некоторых случаях использовали скобы с крючками-захватами, расположенными в двух взаимно перпендикулярных плоскостях.

Фиксацию грудных и поясничных позвонков одной скобой считаем нецелесообразной, так как создаваемое при этом напряжение приводит к асимметрии нагрузок с развитием боковых деформаций в фиксированном сегменте. У больных с оскольчатыми, проникающими переломами тел позвонков, а также при повреждениях заднего опорного комплекса заднюю динамическую фиксацию стягивающими скобами использовали как первый этап в комбинации с передним бисегментарным спондилодезом.

Создаваемое скобой напряжение в поврежденном сегменте позволило избрать тактику активного ведения больных в послеоперационном периоде. Дополнительные средства внешней иммобилизации не использовали. Во всех случаях рентгенологически отмечено полное восстановление анатомической формы поврежденного позвонка, устранение кифотической деформации позвоночника.

Подобная тактика позволила сократить сроки пребывания больного в стационаре до 10-14 суток, а также период амбулаторного лечения и реабилитации. Инфекционных осложнений отмечено не было. В 5 случаях у пациентов атлетического телосложения выявлены переломы скоб, что не повлияло на процесс выздоровления.

Таким образом, использование стягивающих скоб из никелида титана с термомеханической памятью для задней динамической фиксации при переломах тел грудных и поясничных позвонков позволяет добиться надежной фиксации, стабилизации и восстановления анатомической формы поврежденного позвонка, значительно сократить сроки стационарного и амбулаторного лечения.

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

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Внедрение в хирургическую практику видеолапароскопических методов привело к улучшению непосредственных результатов лечения при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки. Однако большинство хирургов относятся к активному применению малоинвазивных технологий осторожно, ввиду отсутствия организационных и технических условий, особенно при перитоните.

Материалом нашего исследования явились результаты лечения 29 больных перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки, у которых была использована видеолапароскопическая технология. Из них, у 6 пациентов (20,7 %) диагностирован диффузный перитонит, у 23 (79,3 %) – разлитой перитонит. В срок от 7 до 24 часов были госпитализированы 18 больных (62,1 %).

Оперативное вмешательство можно разделить на 5 этапов: 1-й этап – доступ и ревизия брюшной полости, 2-й – санация брюшной полости, третьим этапом является ушивание прободного отверстия и контроль «герметизма», 4-м – окончательная тщательная санация брюшной полости и ее дренирование (5-й этап).

Ушивание прободного отверстия 1-2 швами занимает непродолжительное время. Санацию брюшной полости мы проводим в два этапа. Первоначально осуществляем аспирацию выпота одновременно с ревизией брюшной полости. После ушивания перфоративного отверстия проводим окончательную санацию брюшной полости раствором антисептиков в обьеме не менее 4-7 литров. Пленки фибрина максимально удаляли. После тщательного лаважа брюшная полость дренировалась 2 трубчатыми дренажами, подведенными в полость малого таза и подпеченочное пространство справа. Переходов на лапаротомию не было.

В послеоперационном периоде мы назначаем H_2-гистаминоблокаторы, эрадикационную терапию, постоянную декомпрессию желудка. Желудочный зонд удаляем после разрешения после-

операционного пареза кишечника (в основном, на 2-3 сутки после операции). В эти же сроки проводим УЗИ брюшной полости на наличие свободной и осумкованной жидкости.

После лапароскопического ушивания и комплексного консервативного лечения перфоративных дуоденальных язв осложнений и летальности не было. Среднее пребывание больного в стационаре составило 4-6 дней.

Проведенное исследование показало, что лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с последующей комбинированной эрадикационной терапией является эффективным и малотравматичным способом лечения. Этот метод позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре, снижает вероятность местных и общих осложнений, дает значительный косметический эффект, не требует назначения наркотических анальгетиков и обеспечивает раннюю реабилитацию больных.

Однако, социальный статус больных, невозможность некоторых пациентов провести полноценную эрадикационную терапию диктуют необходимость дополнения лапароскопического ушивания перфоративной язвы одним из видов ваготомии. Разработку этих методик считаем перспективным направлением в лечении осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

ЛАНШАКОВ В.А., ЗИЯБАЕВ Ш.А., БАХАУТДИНОВ А.Х., СИСИН Ю.А.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

ДИАГНОСТИКА НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ РАЗРЫВАХ СУХОЖИЛИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

«Любые … нарушения активной и пассивной стабилизации сустава» называют нестабильностью сустава (Тяжелов А.А., 1999). Многообразие клинических вариантов нестабильности плечевого сустава представляет одну из интереснейших проблем травматологии и ортопедии. Если нестабильность плечевого сустава, обусловленная травматическими повреждениями хрящевой губы и капсулы сустава и мышечного дисбаланса вследствие первичного вывиха, достаточно известны практикующему травматологу, то нестабильность в клинике травматических и дегенеративных разрывов сухожилий ротаторной манжеты плеча широкому кругу врачей неизвестны.

Цель исследования – установить варианты и степени нестабильности плечевого сустава при различных по тяжести разрывах сухожилий ротаторной манжеты плеча.

Помимо обзорной артрографии плечевого сустава, у 156 пострадавших (1987-2005 гг.) с разрывами коротких ротаторов плеча проведены сравнительные функциональные артропневмографические исследования (рационализаторское предложение № 278 от 24.02.1989, выданное БРИЗ Городской клинической больницы № 1 г. Новокузнецка).

При изучении начальных (при первичном обращении после травмы артрограммы выполнены только у 28,8 % больных) и последующих обзорных артрограмм признаки «субакромиального» артроза I-II стадии (Третьякова Г.А., 1965), в целом, выявлены у 83 пострадавших (53,2 %), преимущественно у лиц рабочих профессий в возрасте старше 45 лет. Причем явления «субакромиального» артроза (периартроз плечевого сустава) прогрессивно нарастают (в течение ближайших месяцев после травмы) у больных с I и II степенью повреждения, обуславливая клинические симптомы разрывов сухожилий ротаторов плеча («Arc»-syndrom, Дауборна, Кодмана, Леклерка и т.д.).

Обызвествление мягких тканей (в т.ч. сухожилий) установлено у 15,8 % больных, причем у 10,2 % пострадавших обызвествления предшествовали травматическому повреждению (при анализе первичных артрограмм), нестабильность сустава (подвывихи головки плеча) при изучении начальных артрограмм (I-II степени) установлена у 13,2 % пострадавших, причем через 4-6 недель на обзорных артрограммах последняя не определялась.

У 131 из 156 пострадавших (83,9%) с разрывами сухожилий ротаторов плеча выполнена функциональная артрография, в т.ч., артропневмография – у 53,2 %. Массивное повреждение сухожилий ротаторов плеча III степени сопровождалось у 119 пострадавших (76,2 %) значительной (II-III степени) нестабильностью плечевого сустава (смещение головки плеча ниже суставной впадины лопатки до 15 мм и более, «клиновидная» деформация «суставной щели», увеличение акромио-головчатого расстояния и т.д.), а также сообщением суставных сумок. Причем, при сравнении обзорных и функциональных артрограмм, подвывихи головки плеча, как правило, возрастали, т.е. увеличивалась степень нестабильности.

У ряда больных, на фоне атрофии мышц плеча, нестабильность сустава определялась визуально при осмотре, т.е. была явной, бросающейся в глаза.

В то же время, у 24 пострадавших (26,1 %) с I-II степенью повреждений сухожилий (особенно в несвежих и застарелых случаях) на обзорных рентгенограммах нестабильность сустава не определялась, но становилась явной (I-II степени) у 89 % пострадавших при выполнении функциональных артропневмограмм, а также выявлялось сообщение суставных сумок (свободное выхождение газа и контурирование субакромиального пространства, отсутствие контурирования кармана Риделя, контурирование «культи» сухожилия и т.д.).

Если в свежих случаях интерпретация пневмограмм еще возможна, то в застарелых случаях (при формировании рубцового процесса, «ретрактильном» капсулезе) проведение пневмограмм становится затруднительным, а чтение последних даже невозможным. Причем, у 15 пострадавших (9,6 %) отмечалась передне-верхняя нестабильность плечевого сустава.

Сочетанные повреждения (разрывы сухожилий и повреждения нервных образований) требовали дополнительного электромиографического исследования, которые выявляли повреждения нервных образований, иннервирующих основные мышечные «стабилизаторы» плечевого сустава.

Повреждения основного динамического стабилизатора плеча по данным МРТ были подтверждены у 16 больных (10,2 %), причем полные разрывы в свежих случаях – у половины пострадавших. В то же время, артроскопические исследования при частичных повреждениях (8 больных) выявляли участки кровоизлияний, локального синовиита, реже разволокнения и свисания сухожильных волокон в виде «бахромы» в полость плечевого сустава, при полных повреждениях проникновением смотрителя артроскопа в субакромиальный сустав. Однако, внутриствольные повреждения сухожилий (10 пострадавших) артроскопически не выявлялись.

Предоперационная диагностика разрывов сухожилий коротких ротаторов плеча у 92,3 % пострадавших совпала с операционными находками. В то же время, артроскопические исследования у 11 больных подтвердили клинические данные только у 5 пострадавших (54,5 %).

Своевременно, т.е. в ранние сроки после травмы, диагноз не был поставлен ни у одного из наблюдаемых нами больных, что свидетельствует о недостаточном знании данной патологии у практикующих врачей и неоправданного длительного симптоматизма и консерватизма в лечении разрывов сухожилий ротаторов плеча, значительная часть которых подлежит оперативному, а нередко и срочному, лечению.

Выявление нестабильности плечевого сустава, как одного из информативных признаков разрывов сухожилий ротаторов плеча, позволяет сократить предоперационный период у пострадавших.

ЛУБЯНСКИЙ В.Г., АРГУЧИНСКИЙ И.В., ШЕВЧЕНКО В.Н.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПРИМЕНЕНИЕМ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ СТВОЛОВОЙ ВАГОТОМИИ

В структуре болезней оперированного желудка пептическая язва гастроэнтероанастомоза составляет 2-5 %. Показанием к хирургическому лечению пептической язвы гастроэнтероанастомоза методом торакоскопической ваготомии является наличие осложнений, отсутствие признаков деформации отводящей кишечной петли и недостаточной по объему резекции желудка.

Нами проанализированы материалы обследования и лечения 17 больных с пептической язвой гастроэнтероанастомоза за последние пять лет. Среди них мужчин было 15 (88 %), женщин – 2 (11,8 %). Средний возраст больных составил 43 ± 1,3 года. Основным осложнением пептической язвы было кровотечение. Все больные обследованы с применением гастроскопии с биопсией из области анастомоза, ренгеноскопии желудка, УЗИ, компьютерной томографии поджелудочной железы, исследования сывороточного гастрина. У 9 больных (53 %) пептическая язва сформировалась в области «шпоры» гастроэнтероанастомоза, у 8 (47 %) – в отводящей петле. Средний размер язвенного дефекта составил 0,8 см. Наличие Helicobacter Pylori выявлено у 3 пациентов (17,6 %).

Левосторонняя торакоскопическая стволовая ваготомия проведена 12 больным (71 %), у 5 (29 %) хирургическое лечение было проведено из правостороннего доступа. Техника операции включала введение троакаров в III, IV, VII межреберья, идентификацию пищевода путем эндоскопи-

ческой подсветки, выделение стволов блуждающих нервов с последующим пересечением.

Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 3 пациентов (17,6 %). При проведении контрольной рентгенографии органов грудной клетки признаки плеврита и плевропневмонии зарегистрированы у 2 больных, хилоторакс — у одного больного, оперированного правосторонним доступом. При обследовании в ближайшем послеоперационном периоде, по результатам контрольной гастроскопии, у 14 больных (82 %) выявлено рубцевание язвы; у 2 (12 %) зарегистрировано уменьшение размеров язвенного дефекта, у 1 (6 %) язва осталась прежней. В отдаленные периоды обследованы 7 больных, у 2 выявлен рецидив пептической язвы анастомоза.

Таким образом, у большинства обследованных торакоскопическая стволовая ваготомия позволяет добиться рубцевания язвы в ближайшем послеоперационном периоде. Наиболее предпочтительным является выполнение операции из левостороннего доступа.

ЛУЦИК А.А., КАЗАНЦЕВ В.В.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Актуальность проблемы хирургического лечения больных с вертебрально-базилярной сосудистой недостаточностью (ВБСН) обусловлена многообразием патогенетических факторов ее формирования и сложностью топографоанатомических взаимоотношений сосудов с окружающими органами. Если реконструктивные операции при окклюзирующих и стенозирующих поражениях сонных артерий являются распространенными, то оперативные вмешательства на позвоночных артериях производятся в единичных клиниках.

В Новокузнецкой нейрохирургической клинике с 1964 года оперированы более 500 больных по поводу ВБСН. В данном сообщении приводится анализ 262 больных, оперированных за последние 10 лет. Возраст оперированных варьировал от 18 до 65 лет. Среди них было 148 мужчин и 114 женщин. По клиническим проявлениям ВБСН больные распределялись следующим образом: преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) были у 101 пациента; хроническая ВБСН диагностирована у 131 пациента; последствия перенесенного инсульта — у 30 пациентов.

При обследовании использовались клинико-неврологический, ортопедический, ангиологический, отоневрологический, нейроофтальмологический, нейрофизиологические (ЭЭГ, РЭГ, АСВП — с функциональными пробами), лучевые (ТКД, ЦДС, рентгеновская спондилография, трансаксиллярная или трансфеморальная ангиография брахиоцефальных артерий, МР-ангиография, КТ или МРТ) методы исследований.

Важнейшей задачей в хирургии позвоночных артерий является обеспечение и контроль безопасности временного выключения кровотока в оперируемой артерии в случае низкой толерантности стволовых структур к ишемии. Данную проблему нам удалось решить путем разработки способа защиты мозга с использованием даларгина и комплексного интраоперационного мониторинга функционального состояния мозга методами АСВП и ЭЭГ (патент № 2099077).

ВБСН в 76 % случаев была обусловлена сочетанием дискогенной патологии ПА с первично сосудистыми стенозирующими поражениями сонных и позвоночных артерий, поэтому стремились диагностировать весь комплекс патогенетических ситуаций и производить хирургическую коррекцию (одномоментно или поэтапно) кровообращения, как в позвоночных, так и в сонных артериях.

Всего проведено 385 операций. В подавляющем большинстве оперативные вмешательства выполнялись непосредственно на сосудах (55,1 %), из них реконструктивно-пластические составили 35,1 %. На сегменте V1 позвоночной артерии выполнено 290 операций, на сегменте V2 — 183 операции, на сегменте V3 — 22 операции. Значительное количество (44,9%) операций на позвоночнике свидетельствует о распространенности и многообразии дискогенных факторов ВБСН.

Почти все операции на позвоночнике и межпозвонковых дисках, а также некоторые реконструктивно-пластические операции на сосудах разработаны в Новокузнецкой нейрохирургической клинике. Так, нами впервые в стране применен каротидо-вертебральный анастомоз (КВА) в межпоперечном промежутке С1-С2 позвонков для ле-

чения больных с ВБСН. При атеросклеротическом стенозе устья ПА операцией выбора остается атеромэндартерэктомия с ангиопластикой устья ПА внутренним листком консервированной твердой мозговой оболочки (АС № 1718855).

Дифференцированный выбор хирургических вмешательств и комплексный подход к лечению ВБСН позволили получить положительный результат лечения у 92,4 % оперированных больных.

МАГАРИЛЛ Ю.А., ВЕРЖБИЦКИЙ А.С., МУЛЬЦИНА Т.П., КАТКОВ Е.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Областной клинический онкологический диспансер,
г. Кемерово

КОМБИНАЦИЯ ПАКЛИТАКСЕЛА И ДОКСОРУБИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При запущенных стадиях рака молочной железы химиотерапия и гормонотерапия являются основными методами лечения, позволяющими не только значительно продлить жизнь больных, но и улучшить ее качество. Одним из основных практических достижений противоопухолевой химиотерапии конца XX – начала XXI века стало внедрение в клиническую практику большой группы принципиально новых препаратов: таксанов, ингибиторов топоизомеразы I, цитокинов, моноклональных антител. Паклитаксел – первый препарат из группы таксанов, вошедший в клиническую практику и занявший прочные позиции в лечении наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей – рака молочной железы, рака яичников, рака легкого.

В Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере начали использовать паклитаксел в виде монотерапии или в сочетании с другими препаратами при химиотерапии диссеминированного рака молочной железы с 2003 года.

Задача исследования – оценить эффективность и токсичность комбинации паклитаксела с доксорубицином в качестве второй линии химиотерапии метастатического рака молочной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

У 9 больных метастатическим раком молочной железы проведено 27 циклов химиотерапии по схеме: паклитаксел в дозе 175 мг/м^2 1 день + доксорубицин в дозе 50 мг/м^2 1 день каждые 3 недели, с премедикацией дексаметазоном в стандартном режиме. Среднее количество проведенных циклов 3 (от 1 до 5). Медиана возраста больных составила 44 года (от 40 до 53 лет).

Первоначально анализируемую схему полихимиотерапии назначали больным с генерализацией процесса, ранее пролеченным по стандартным схемам FAC или AC без позитивного эффекта. Генерализация процесса выражалась либо рецидивом в области послеоперационного рубца, либо обширной первичной опухолью в сочетании, в том и другом случае, с метастазами в несколько органов. Местный рецидив выявлен у 3 больных, метастазы в печень – у 5, в легкие и плевру – у 4, в кости – у 5, в лимфоузлы – у 4, в селезенку – у 1, в другую молочную железу – у 1, в мягкие ткани – у 2 больных. Семь больных (77,7 %) имели от двух до четырех локализаций метастазирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объективно положительный эффект отмечен у 4 пациенток (44,4 %), из них полная регрессия достигнута у 2 больных, частичная регрессия – у остальных. Стабилизация процесса отмечена у 3 больных. Прогрессирование после временного улучшения проявилось у одной больной через 2 месяца. Одна больная прошла только 1 курс и умерла в результате тромбоэмболии легочной артерии. При анализе полученных после полихимиотерапии результатов с использованием различных сочетаний препаратов, мы отметили более ранний и значительный положительный эффект при применении сочетания паклитаксела с доксорубицином. Этот позитивный результат наблюдали уже после одного или двух циклов.

Совершенствование химиотерапии вообще, и при раке молочной железы в частности, идет как в направлении повышения эффективности лечения, так и в снижении повреждающего действия цитостатиков на нормальные ткани и физиологические функции организма. Зачастую снижение токсичности играет ключевую роль в улучшении качества жизни больных с опухолевыми заболеваниями. Среди наиболее распространенных видов токсичности цитостатиков следует отметить миелотоксичность (снижение содержания числа лей-

коцитов, тромбоцитов и эритроцитов периферической крови), а также клинические признаки (тошнота и рвота).

Лейкопения III-IV степени отмечена в 7 из 27 циклов (25,9 %) и была купирована введением колониестимулирующих факторов (филграстим, леноградстим). Другие осложнения: анемия легкая или умеренная (по классификации WHO), стоматит, тошнота и рвота, токсический гепатит, токсическая миокардиодистрофия, синдром интоксикации встречались в единичных циклах и быстро купировались медикаментозно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ближайшие результаты указывают на достаточную эффективность и невысокую токсичность схемы паклитаксела с доксорубицином в качестве второй линии химиотерапии метастатического рака молочной железы у больных с исходно тяжелым состоянием.

МАНЬКОВ А.В., ГОРБАЧЕВ В.И.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, г. Иркутск

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ В ЛИКВОРЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОД СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Операции удаления грыж межпозвонковых дисков являются в последнее время наиболее часто выполняемыми в плановой нейрохирургии. Традиционно при таких операциях применяются различные методики общей анестезии, однако в настоящее время предпочтение отдается регионарной анестезии и, в частности, спинномозговой анестезии (СМА), являющейся относительно безопасной, экономически более выгодной и обеспечивающей наиболее высокую степень антиноцицептивной защиты пациентов.

Однако не всегда уровень сенсорного блока соответствует зоне оперативного вмешательства, что делает невозможным проведение операции под этим видом обезболивания. Данный факт, по всей вероятности, зависит от степени распространения местного анестетика в ликворе. В доступной литературе нами не встречено исследований по определению концентрации анестетиков в субарахноидальном пространстве в процессе выполнения СМА, что, очевидно, связано с целым рядом технических сложностей.

Цель работы – определение концентрации лидокаина, изобарического и гипербарического растворов маркаина в ликворе методом УФ абсорбционной спектроскопии, в настоящее время являющейся одной из наиболее чувствительных методик обнаружения и количественного определения вещества.

Исследования проведены у 53-х больных в возрасте от 27 до 63 лет, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита, в условиях СМА. У 8 больных в качестве местного анестетика использовался 2 % раствор лидокаина в дозе 80 мг, у 20 больных – 0,5 % гипербарический раствор маркаина в дозе 10 мг и 20 мг, а у 25 больных – 0,5 % изобарический раствор маркаина в дозе 10 мг и 20 мг. Пункция субарахноидального пространства проводилась на уровне L2-L3, в горизонтальном положении на боку. Забор ликвора осуществлялся через 2 и 8 минут после введения препарата. Уровень сенсорного блока оценивали по тесту «pin prick», а глубину моторного блока – по шкале Bromage.

У всех больных отмечалось достоверное снижение концентрации местных анестетиков в субарахноидальном пространстве с течением времени. Однако у больных с использованием в качестве местного анестетика лидокаина его концентрация ко второй минуте снижалась в 2,5 раза, а к восьмой минуте – в 5 раз, по сравнению с исходной. Концентрация изобарического раствора маркаина в дозе 10 мг и 20 мг ко второй минуте уменьшилась в 4 раза и 3,2 раза, а к восьмой минуте – в 7 и 5 раз. Несколько иная картина наблюдается при использовании гипербарического раствора маркаина в дозе 10 мг и 20 мг. На вторую минуту его концентрация уменьшилась в 25 раз и 5,5 раза, а к восьмой минуте – в 50 и 10 раз, соответственно.

Анализ полученных данных дает возможность на патофизиологическом уровне объяснить картину спинального блока и выраженность его проявлений при использовании различных препаратов. По скорости снижения концентрации местных анестетиков в субарахноидальном пространстве можно судить о степени распространения препарата в субарахноидальном пространстве. При использовании гипербарического раствора маркаи-

на наблюдается более стремительное снижение его концентрации в ликворе, по сравнению с 2 % лидокаином и изобарическим раствором маркаина, что говорит о более высокой степени его распространения в субарахноидальном пространстве.

Сравнение динамики распространения препаратов в ликворе и эффективности наступившего спинального блока позволяет сделать выбор у больных, оперируемых по поводу ДПКР, в пользу введения 10 мг гипербарического раствора маркаина.

МОРОЗОВА Н.А., БУЦЕНИК А.А.
МУЗ Центральная городская больница, г.Березовский

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В последние годы нами отмечено увеличение числа больных с абсцессами и флегмонами верхних конечностей. При анализе историй болезней и амбулаторных карт за 2000-2005 гг. выявлено, что увеличение числа больных произошло, в основном, за счет увеличения группы пациентов, страдающих наркотической зависимостью. В 2004 году заболеваемость по Кузбассу составила 3,9 на 10000 населения, в г. Березовский – 5,0. В 2004 году в Кузбассе зарегистрировано 14695 больных наркоманией, из них более 3000 ежегодно гибнет.

Мы отобрали две группы больных. 1 группа контрольная, куда вошли больные с флегмонами верхних конечностей, не подверженные наркомании, во 2 группу вошли больные, зависимые от наркотиков. Обе группы равны по возрасту (18-38 лет) и полу (мужчины 76 %, женщины 24 %). Проводились общеклинические исследования, микробиологическое исследование раневого содержимого. При обследовании во 2-й группе выявлены сопутствующие заболевания, способные повлиять на ход выздоровления: туберкулез легких (ВК-) у 8 %, маркеры гепатитов В и С у 80 % больных.

Больные 1 группы обращались за медицинской помощью на 3-7 сутки с момента заболевания, 2 группы – на 10-14 сутки. В 1 группе флегмоны кисти составили 48 %, предплечья – 28 %, плеча – 24 %; во 2 группе – 16 %, 40 %, 44 %, соответственно. В 1 группе преобладали подкожные флегмоны – 92 %, во 2-й – подкожные флегмоны составили 48 %, межмышечные – 52 %.

При осмотре больных субъективно разделили на группы по тяжести состояния на момент поступления. В 1 группе больные в тяжелом состоянии поступали в 8 %, средней степени тяжести – 32 %, в удовлетворительном состоянии – 60 %. Во 2-й группе – в 28 %, 56 %, 16 %, соответственно. При поступлении лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) в 1 группе составил $1,33 \pm 0,2$, во 2-й – $1,4 \pm 0,16$.

Всем больным в течение одного часа от момента поступления произведено вскрытие флегмоны под внутривенным наркозом. При вскрытии гнойника производился забор материала для микробиологического исследования. При посеве проб на питательные среды получено в 1 группе: St. aureus – 80 %, At. epidermidis – 12 %, E. coli – 4 %, не получено флоры – 4 %. Во 2-й группе: St. aureus – 64 %, E. coli – 28 %, другая флора – 8 %.

В послеоперационном периоде проводились ежедневные перевязки, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, физиолечение. Осложнений в 1 группе в этот период не отмечено. Во 2 группе больных в одном случае на 3 сутки после операции наступило аррозивное кровотечение из плечевой вены. Снижение температуры тела у больных 1 группы до нормы происходило на 3-4 день от начала лечения, у больных 2-й группы – на 9-10 сутки. Нормализация показателей крови в 1-й группе отмечена на 10-12 сутки, во 2-й – на 26-30 день. Длительность лечения в стационаре больных 1 группы составила до 10 дней, 2-й группы – до двух недель. Амбулаторное долечивание в 1 группе заняло 3-4 дня, во 2-й – до 20 дней.

Учитывая изложенное, можно сказать, что больные с флегмонами верхних конечностей, страдающие наркотической зависимостью, поступают в стационар в запущенном состоянии, часто с распространенными гнойными процессами. Некоторое отличие флоры раневого отделяемого связано, вероятно, с механизмом инфицирования. Эта группа больных отличается асоциальным поведением, что значительно затрудняет оказание помощи.

МУСОХРАНОВ В.В., МОЛЯКА А.Ф., НЕСТЕРОВ А.В.,
ПИВОВАРОВ Е.А., БЕЛКИН А.И.
Омская государственная медицинская академия,
г. Омск

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПОЧКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

В последнее время значительно возросла частота тяжелых травматических повреждений в крупных индустриальных центрах. Такие больные нуждаются в специализированной помощи в условиях многопрофильных лечебных учреждений.

Поток приема пострадавших с сочетанной и множественной травмой формируется через приемное отделение, которое примыкает к реанимационному отделению с реанимационным залом. Врач скорой помощи доставляет больного в приемное отделение травматологии или нейрохирургии, при необходимости минуя приемное отделение, в реанимационный зал.

Врач приемного отделения, после осмотра и оценки тяжести пациента, формирует лечебно-диагностическую программу по трем вариантам: срочная транспортировка в операционную; транспортировка в реанимационный зал; обследование пациента в приемном отделении. При подозрении на повреждение органов мочеполовой системы приглашается уролог, следующий определенному диагностическому и лечебному алгоритму.

В диагностике закрытых повреждений почек мы основываемся на типичную триаду симптомов: боли в поясничной области, гематурию, опухолевидное образование в поясничной области. Обязательное лучевое исследование: обзорный снимок мочевыводящих путей, внутривенная урография (при стабильной гемодинамике), применяли УЗИ. В сложных случаях используется компьютерная томография с возможностью трехмерного моделирования. Так как значительное количество больных имели различную выраженность травматического шока и находились без сознания, существенное значение приобретали лабораторные и инструментальные методы исследования.

При травматических повреждениях почек мы применяем следующие виды оперативных вмешательств: ревизия забрюшинной гематомы, ушивание разрыва почки, ушивание разрыва почки с нефростомией, нефрэктомия. При оперативных вмешательствах используем аргонусиленный радиочастотный хирургический комплекс «Электропульс» для обработки раневой поверхности почки с последующим ушиванием разрыва.

Использование аргон-плазменной коагуляции позволило добиться полного и надежного гемостаза, уменьшить интраоперационную кровопотерю, снизить бактериальную обсемененность операционного поля и, тем самым, профилактировать гнойные осложнения.

МУХИН О.В., АРИСТОВА Т.А., ШАБУРОВА Л.Ф.,
ВОЛОДИНА Е.Е., ДЕГТЯРЕВА В.В., ДОМНИКОВА Н.П.
Новосибирская областная клиническая больница,
г. Новосибирск

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМАМИ

Цель исследования – оценка эффективности терапии по программам DexaBEAM и BEAM у пациентов со злокачественнымим лимфомами.

В исследование включены 21 пациент с лимфомой Ходжкина и 2 пациента с неходжкинской лимфомой (группа неблагоприятного прогноза в возрасте до 35 лет). С целью консолидации ремиссии в 2003-2005 годах проведено 47 курсов DexaBEAM и 6 курсов BEAM. Пациентам с лимфомой Ходжкина после 4-6 курсов (ABVD, BEACOPP) с целью консолидации ремиссии проводили 2 курса по программе DexaBEAM. В 2005 году в одном случае терапия DexaBEAM проводилась для консолидации II ремиссии (поздний рецидив лимфомы Ходжкина).

В 2003 году у предлеченных пациентов курсы DexaBEAM были неэффективны. В 2004 году из 17 больных, которым BEAM не проводился, у 16 пациентов достигнута полная и неподтвержденная полная ремиссия, умер 1 больной, ранний рецидив зарегистрирован у 1 больного.

Средняя длительность лечения DexaBEAM составила 20 дней.

Результаты BEAM: в 2003 году проведен 1 курс у предлеченного пациента с поздним рецидивом неходжкинской лимфомы после лучевой терапии. После кратковременного ответа отмечена прогрессия заболевания, продолжительность жизни пациента составила один год. С декабря 2004 г. проведено 5 курсов BEAM пациентам с лимфомой Ходжкина. У всех пациентов получены полные ремиссии, которые сохраняются до настоящего времени. Длительность лечения по программе BEAM составила 22-36 дней, агранулоцитоз от 17 до 22 дней. В октябре 2005 года начат 7-й курс, в ноябре 2005 года планируется восьмой курс BEAM.

Таким образом, режимы DexaBEAM и BEAM эффективны и являются терапией выбора в качестве консолидации ремиссии у не предлеченных пациентов с лимфомой Ходжкина и неходжкинскими лимфомами.

НИКОЛАЕВ А.С., НОВОКШОНОВ А.В., АГАДЖАНЯН В.В.
ФГЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Цель исследования – разработать дифференцированную тактику хирургического лечения последствий перенесенной ЧМТ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 471 больной, проходившие стационарное лечение в НХО ФГЛПУ НКЦОЗШ за период с 1995-2004 гг. Диагноз верифицирован на основании проведенного неврологического обследования, ЭХО-ЭС, ЭЭГ, ЭЭГ + вызванные потенциалы, ЭЭГ картирование, ЭМГ, ТКМС, УЗДГ, ДС, НСГ, R-графия, КТ, МРТ. Нарушения ликворо-циркуляции исследовались путем измерения люмбального и вентрикулярного давления, исследования ликвородефицита по Семенову, проведения ликвородинамических проб, КТЦГ.

Выделены четыре группы больных: с посттравматическими дефектами костей свода черепа – 246, с посттравматической гидроцефалией – 81, с посттравматическими кистами головного мозга – 97, с посттравматическими сосудистыми расстройствами – 47. У 81 больного с посттравматической гидроцефалией проводились различные виды шунтирующих операций, в т.ч.: ВПШ – 24, ВПШ I-II – 14, ЛППШ – 36, ЛППШ I-II – 8. Наименьший процент осложнений и повторных операций отмечен при выполнении ВПШ и ЛППШ в два этапа, 14,3 % и 28,5 %, соответственно.

У 97 пациентов с посттравматическими кистами головного мозга проведены различные виды шунтирования с применением эндоскопической техники и разработанных способов, в 88 % случаев отмечен положительный результат, в 12 % потребовались повторные операции. Проводились различные способы закрытия дефектов костей свода черепа: гомо- и аутотрансплантатами, аллопластика протакриллом, пластиной из титина.

При гомопластике у 5 больных произошла полная или частичная резорбция трансплантата. Наибольший процент осложнений (12,5 %) отмечен при аллопластике протакриллом. Данный вид краниопластики выполнялся, в основном, при локализации дефектов черепа в верхней зоне лица, сопряженных с фронтобазальными повреждениями. После проведенной краниопластики пластиной из титана, в 9 случаях (8,3 %) пластина удалена, в 4 случаях потребовалась повторная операция по замене фиксирующих скоб (3,7 %).

Из 27 операций с применением собственной консервированной кости в 2-х случаях (7,5 %) трансплантаты удалены ввиду их возникшей подвижности и несрастания. Из 47 пациентов с посттравматическими сосудистыми расстройствами, двум пациентам проведены одномоментные операции на сонной и позвоночной артериях с одноименной стороны. В 2-х случаях операция проводилась на позвоночной артерии. В 20-ти случаях операции проведены на общей сонной артерии справа, в 25 – на общей сонной артерии слева. В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика.

ВЫВОДЫ

Основополагающим в выборе тактики хирургического лечения являются ликродинамические нарушения, устранение которых предпочтительно проведением двух этапных шунтирующих операций. При хирургическом лечении посттравматических кист головного мозга предпочтительно эндоскопическое устранение ликвородинамических нарушений с проведением коррекции нарушений кровообращения.

Выбор способа краниопластики во многом зависит от локализации, площади дефекта черепа, а также сопутствующей патологии ликворообращения, предпочтение следует отдавать аутотрансплататам.

НОСОВ В.Г.
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ИНЦИЗИОННЫХ ГРЫЖ

С 2001 г. при аллопластике инцизионных грыж нами применяется оригинальная техника операции (патент РФ № 2241383). Суть ее заключается в интраперитонеальном ненатяжном расположении сетчатого полипропиленового эксплантата в ложе, подготовленном фиксацией большого сальника к париетальной брюшине узловыми лавсановыми швами по окружности грыжевых ворот.

Цель исследования – изучить эффективность профилактики ранней и поздней инфекции в области хирургического вмешательства при аллопластике инцизионных грыж.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее время мы располагаем опытом выполнения 81 подобной операции. У 49 больных из подкожной жировой клетчатки выделялся и иссекался грыжевой мешок; у прочих производился капитонаж камер грыжевого мешка узловыми лавсановыми швами. Всем пациентам проводилась субоперационная пролонгированная антибиотикопрофилактика цефазолином в суточной дозе 3 г на протяжении 3 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние инфекционные осложнения в области оперативного вмешательства (ИОХВ) отмечены у 2 больных (2,5 %). Оба они представляли собой локальные нагноения подкожной жировой клетчатки, не требовавшие удаления эксплантата. Не встретилось ни одного случая глубокой ИОХВ.

В срок до года после операции обследованы 52 больных, 41 из них были осмотрены хирургом, сведения о состоянии здоровья у прочих 11 были получены по телефону (интервьюированные пациенты жалоб не предъявляли).

При клиническом обследовании у 5 больных (6,2 %) выявлена поздняя ИОХВ в виде лигатурных свищей. У 2 из них свищи зажили после удаления лавсановых лигатур из свищевых ходов. 3 больным потребовалось оперативное лечение в виде иссечения лигатурных свищей. У всех больных операционные раны зажили первичным натяжением. Ни у одного обследованного пациента не было проявлений глубокой ИОХВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ аллогерниопластики инцизионных грыж с использованием сетчатого полипропиленового эксплантата в сочетании с пролонгированной антибиотикопрофилактикой цефазолином является достаточно эффективным в профилактике ранней и поздней ИОХВ. Развитию поздней ИОХВ способствует применение лавсана при ушивании операционной раны и капитонаже камер грыжевого мешка. В этой связи в последней серии операций мы применяли в указанных целях ареактивный биодеградирующий шовный материал (полисорб 2/0 – 3/0).

ПАВЛОВ В.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ СТЕНОК ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Травмы костей верхней зоны лица с повреждением стенок лобных пазух составляют от 3 до 6 % повреждений лицевого черепа. Последствия травм лобных пазух проявляются не только в обезображивании лица, но и в развитии таких осложнений, как посттравматический фронтит, остеомиелит лобной кости, воспалительные процессы в орбите.

Цель исследования – возможность применения эндоскопической техники в хирургическом лечении закрытых переломов стенок лобных пазух.

МЕТОДЫ

С 2002 по 2004 гг. нами проведено хирургическое лечение 70 пострадавших с закрытыми переломами стенок лобных пазух, находившихся на лечении в МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка. Из них, 64 обратились в первые дни после травмы, 2 – с деформациями области лба спустя 3 и 6 месяцев после травмы, 2 – с гнойным посттравматическим фронтитом и орбитальным гнойным осложнением, и еще у двух пострадавших возник посттравматический остеомиелит лобной кости (через 5 и 7 месяцев после травмы). Переломы стенок лобных пазух носили компрессионный характер и сопровождались смещением костных отломков в просвет пазухи. У 8 пострадавших глазное яблоко на стороне повреждения было смещено, еще у 3 были жалобы на диплопию. Преобладали лица мужского пола – 60 %. Из пролеченных 67,1 % были в возрасте до 30 лет.

Всем пострадавшим проведена репозиция вдавленных отломков с предварительной ревизией пазухи. Костные фрагменты фиксированы через фрезевые отверстия титановой нитью между собой и к не разрушенной кости. Эндоскопия лобной пазухи проводилась во время оперативного вмешательства специальной эндоскопической аппаратурой. Данная аппаратура позволила оценить состояние слизистой оболочки пазухи, наличие патологического секрета, сгустков крови и мелких отломков, свободно лежащих в просвете пазухи. Для обзора всех отделов синуса осуществлялась ротация эндоскопа.

Патологический секрет и сгустки крови аспирировались при помощи электроотсоса. Эндоскопическое исследование завершалось осмотром полости носа с обращением внимания на состояние носовой перегородки и структур остиомеатального комплекса. При этом щадящая коррекция перегородки носа была сделана 17 пострадавшим (24,3 %) с нарушением носового дыхания, еще 8 (11,4 %) проведены операции на носовых раковинах. Данными эндоназальными операциями было восстановлено носовое дыхание и улучшена вентиляция лобных пазух.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения больных прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Полное восстановление анатомо-функциональной и эстетической структуры лица наступило у всех пролеченных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Применение эндоскопических технологий делает хирургическое вмешательство минимально травматичным, позволяя тщательно осмотреть пораженную пазуху, восстановить ее нормальный дренаж и аэрацию, а при необходимости – удалить патологическое содержимое.
2. Эндоназальные операции с коррекцией структур остиомеатального комплекса предотвращают осложнения, восстанавливая носовое дыхание и улучшая вентиляцию лобных пазух.

ПАВЛЮК А.Л., КОРНИЛОВ Н.Г., ГОРБАЧЕВ В.И.
Иркутская областная клиническая больница,
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
г. Иркутск

К ТАКТИКЕ ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Резекция печени до настоящего времени остается уделом высококвалифицированных хирургов, выполняющих не более 200-230 операций за всю врачебную деятельность (Shimada M. et al., 1994; Hamazaki K. et al., 2001; Чжао А.В. и соавт., 2004). При данных операциях летель-

ность достигает 3,2-26,8 %, а количество осложнений – 13-80 % (Lui W.Y. et al., 1999; Matsui Y. et al., 2002; Церетели И.Ю. и соавт., 2004). Возникновение осложнений зачастую связано с нестабильностью гемодинамики в интраоперационном периоде (Корнилов Н.Г., 2004).

Проведено интраоперационное мониторирование показателей центральной гемодинамики 12 пациентам с использованием катетера Сван-Ганца в начале операции, на мобилизационном этапе, при обработке культи печени и завершении операции.

Общее периферическое сопротивление до операции составляло 1352,5 дин×с×см$^{-5}$ (1330,0-1450,0). На мобилизационном этапе существенного изменения периферического сопротивления нами не отмечено 1385,0 дин×с×см$^{-5}$ (1360,0-1470,0). При стандартной тактике анестезиологического пособия отмечено увеличение этого показателя до 1595,0 дин×с×см$^{-5}$ (1520,0-1660,0) с дальнейшим увеличением до 1610,0 дин×с×см$^{-5}$ (1500,0-1620,0).

Сердечный индекс в начале операции был равен 2,84 л/(мин×м^2) (2,52-2,84). Не изменяясь на мобилизационном этапе во время резекции, он снизился до 2,53 л/(мин×м^2) (2,38-2,70), а при обработке культи – до 2,46 л/(мин×м^2) (2,35-2,60). Для профилактики данных гемодинамических сдвигов нами использована технология дополнительного струйного введения 200 мл 10 % раствора альбумина при пережатии круглой связки печени, на фоне традиционной терапии периферического вазоспазма.

В результате болюсного введения альбумина, на резекционном этапе достигнута стабилизация гемодинамики в интра- и послеоперационном периодах, что позволило уменьшить объем вводимых дорогостоящих коллоидных препаратов и время пребывания пациентов в палате интенсивной терапии и реанимации.

ПАНФИЛОВ С.Д., КИСЛОВ Э.Е., ЗИМИН В.В., КАБИРОВ А.В., ВАСИН А.С., БАТРАКОВ А.М., ГРАЧЕВ А.М., КИРЬЯНОВА Е.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 29,
Медсанчасть ОАО Западно-Сибирский металлургический комбинат,
г. Новокузнецк

11-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У НАРКОМАНОВ

С мая 1994 г. по июль 2005 г. располагаем опытом лечения 63 наркоманов с постинъекционными инфицированными сосудистыми осложнениями. У большинства больных имелась клиника ангиогенного сепсиса.

Пациенты распределились следующим образом: ложная аневризма бедренной артерии – 35 человек (16 – с сопутствующим абсцессом или флегмоной бедра в зоне инъекций); ложная артериовенозная аневризма бедра – 11 человек (5 – с абсцессом или флегмоной бедра); ложная аневризма наружной подвздошной артерии – 2 человека (оба с сопутствующей забрюшинной флегмоной); ложная аневризма подключичной артерии – 2 человека (оба с флегмоной, у одного эмпиема плевры); ложная аневризма плечевой артерии – 4 человека (1 – с абсцессом); ложная артериовенозная аневризма плечевой артерии – 1 человек; ложная аневризма подмышечной артерии – 1 (с флегмоной); ложная артериовенозная аневризма предплечья – 1 (с абсцессом); постинъекционное повреждение бедренной вены с инфицированной гематомой – 3 человека (двое с абсцессом); постинъекционная аневризма бедренной вены – 2 человека; постинъекционное повреждение наружной подвздошной вены – 1 человек (с забрюшинной флегмоной и гематомой). Таким образом, у 31 человека (49,2 %) аневризма сочеталась с глубоким абсцессом или флегмоной конечности.

Пяти первым пациентам предпринимались попытки восстановления магистрального кровотока по принципам сосудистой хирургии. У всех развилось аррозивное кровотечение. В 4-х случаях были выполнены лигатурные операции, в 2-х – экстраанатомическое подвздошно-бедренное шунтирование синтетическим протезом, в одном случае закончившееся нагноением протеза, его тромбозом и аррозивным кровотечением, что потребовало его эксплантации. В другом случае больной был выписан с функционирующим шунтом. Еще одному больному была успешно выполнена резекция артериовенозной аневризмы бедра с аутовенозной пластикой сосудов. Остальным больным после резекции аневризмы выполнены лигатурные операции, в 42 % случаев в сочетании с поясничной симпатэктомией.

В послеоперационном периоде 75 % больным на 2-3 суток оставлялся катетер для проведения продленной эпидуральной блокады. Всем больным проводилась дезагрегантная, антикоагулянтная и

антибактериальная терапия. У части больных применялся метод инкубации клеточной массы антибиотиками, криоплазмаферез, ультрафиолетовое или лазерное облучение крови. Ампутация бедра в послеоперационном периоде выполнена в 3-х случаях (4,76 %), летальность составила 6,3 %.

По выписке хроническая ишемия I степени (по А.А. Покровскому) имелась у 15,3 % пациентов, II – у 76,3 %, III степени – у 8,4 % (расстояние безболевой ходьбы 25 метров и менее, но без ишемии покоя).

Таким образом, восстановление магистрального кровотока в условиях сниженного иммунитета и на фоне сепсиса считаем нецелесообразным. В отдельных случаях возможна прямая реваскуляризация с пластикой аутовеной, в том числе и путем внеочагового экстраанатомического шунтирования.

ПАРХОМЕНКО Е.В., ШУМАХЕР Г.И.
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

ПРЕРЫВИСТАЯ ПНЕВМОКОМПРЕССИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Исследования последних лет свидетельствуют, что в формировании нейроваскулярных нарушений при шейном остеохондрозе принимает участие комплекс различных рефлекторных реакций, возникающих в результате патологической импульсации из поврежденных позвоночно-двигательных сегментов и симпатических ганглиев. В настоящее время недостаточно разработаны методы коррекции нейроваскулярных расстройств у больных с шейными болевыми синдромами.

Цель исследования – изучение возможности применения прерывистой пневмокомпрессии (ППК) для коррекции нейроваскулярных расстройств в верхних конечностях у больных с рефлекторными синдромами шейного отдела позвоночника.

Обследованы 105 больных с вертеброгенными рефлекторными синдромами шейного отдела позвоночника в периоде обострения. Женщин – 68, мужчин – 37. Возраст от 23 до 69 лет. Помимо клинико-неврологического и вертеброневрологического обследования, всем пациентам проводилась рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами. Периферический кровоток изучался методом дуплексного сканирования и реовазографии.

В соответствии с поставленной целью, больные были распределены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим проявлениям заболевания. В первую (основную) группу вошли 60 человек, во вторую группу (сравнения) – 45 человек. Все пациенты получали комплексную терапию, включающую в себя ортопедические мероприятия, медикаментозное лечение, физиотерапию, массаж, ЛФК. Кроме этого, больным 1-й группы дополнительно включали процедуры прерывистой пневмокомпрессии на аппарате ЭМПА 2-01. Курс ППК состоял из 10 ежедневных сеансов по 30 минут, применялся сочетанный режим – реактивная гиперемия.

В лечебном режиме данная методика представляет сочетание артериальной компрессии и прерывистой венозной окклюзии. При использовании методики реактивной гиперемии происходит «тренировка» сосудов и мышц конечностей, что способствует улучшению периферической гемодинамики, микроциркуляции, уменьшению отеков.

После лечения у большинства больных (87 %) 1-й группы значительно регрессировали или полностью исчезали онемение в руках, чувство зябкости, похолодания, отечность кистей. В то же время, у 46,7 % пациентов 2-й группы после лечения сохранялись онемение и чувство зябкости в кистях. Показатели дуплексного сканирования и реовазографии на больной стороне у больных 1-й группы после лечения были такими же, как у здоровых лиц, а у 59 % больных 2-й группы к концу лечения сохранялись гемодинамические нарушения в верхних конечностях.

Таким образом, проведенное исследование показало, что применение прерывистой пневмокомпрессии способствует купированию нейроваскулярных расстройств и восстановлению периферической гемодинамики у больных с шейными рефлекторными синдромами и может быть рекомендовано для более широкого использования в практике врачей-неврологов.

ПАХОМОВ И.А., САДОВАЯ Т.Н., САДОВОЙ М.А.
НИИ травматологии и ортопедии,
г. Новосибирск

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СТОПЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Распространенность патологии стопы, по данным экспертов ВОЗ, за 1999 год достигает 94 % населения. Однако часто пациент, страдающий длительной, хронической или рецидивирующей патологией стопы, не может найти адекватной медицинской помощи из-за отсутствия в отечественной системе здравоохранения подиатрических учреждений, характеризующихся интегративным междисциплинарным подходом к лечению патологии стопы. В условиях АНО НИИТО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии» организован подиатрический кабинет, начата отработка модели городского подиатрического центра.

Цель исследования – улучшить результаты диагностики и лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями стопы и голеностопного сустава.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Новосибирского НИИТО, хирургического отделения и травматологического пункта МУП Поликлиника № 1, травматологического и хирургических отделений МУП «Больница скорой и неотложной помощи № 2» проанализирована патология стопы и голеностопного сустава за 2001-2004 гг. Выявлена неблагоприятная ситуация. С 2002 г. отрабатывается модель городского подиатрического центра. В штате 1 врач-ортопед-травматолог и медицинская сестра. Налажено сотрудничество с эндокринологом, ревматологом и т.д.

С 2003 года осуществлено 6810 консультаций у 5254 пациентов. Мужчин 1376 (26,2 %), женщин 3878 (73,8 %). Возраст больных от 14 до 74 лет, средний возраст 44,1 ± 9,2 лет. Используется подометр Pad Professional, проведена подометрия с подбором стелек-супинаторов Extracomfort 1904 пациентам (97,7 %), которые имели hallux valgus – 335 (17,2 %), продольное плоскостопие 1182 (60,7 %), остеохондропатии стопы – 81 (4,2 %), врожденные деформации – 111 (5,7 %), дегенеративные поражения стопы – 121 (6,2 %), диабетическую стопу – 18 (1 %), повреждения – 84 (4,3 %), ревматоидные поражения стопы – 12 (0,6 %), приобретенные деформации – 5 (0,3 %). 21 мужчина (1,1 %) и 24 женщины (1,2 %) были бессимптомными.

Использовались спиральная КТ, МРТ, УЗИ. Организовано консервативное лечение, лечебные блокады с Kenalog-40, перевязки. Произведено 135 амбулаторных операций: резекция ногтевой пластинки 35 (25,9 %), удаление металлоконструкций 80 (59,2 %), резекция костного рога 15 (11,1 %), наложение вторичных швов 3 (2,2 %). На базе отделения неосложненной травмы позвоночника Новосибирского НИИТО развернуто оказание оперативной помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями стопы и голеностопного сустава. Произведено 368 операций при патологии стопы. Оценивались и статистически обрабатывались результаты лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Улучшены результаты лечения пациентов с патологией стопы и голеностопного сустава путем:

- осуществления неразрывности и преемственности амбулаторного и стационарного этапов диагностики и лечения;
- быстрого обеспечения пациентов индивидуальной ортопедической продукцией;
- определения перспективы развития службы – охват пациентов с ревматоидными и диабетическими поражениями стоп.

ПАХОМОВ И.А., РЕРИХ В.В.
НИИ травматологии и ортопедии,
г. Новосибирск

СУБХОНДРАЛЬНАЯ ОСТЕОМАЛЯЦИЯ БЛОКА ТАРАННОЙ КОСТИ – ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ

Со времен Monro A. (1738), Kenig F.(1887) известен osteochondrosis dissecans в результате спонтанного некроза субхондральной кости. Травматический генез данного заболевания общепринят, и известно, что 6 % «растяжений сустава» сопровождаются остеохондральными повреждениями и асептическим некрозом таранной кости. Для диагностики предложены рентгенография, компьютерная томография, МРТ, ультразвуковое исследование голеностопного сустава.

В отечественной литературе освещены вопросы лечения посттравматического асептического некроза таранной кости и собственно osteohondrosis dissecans блока таранной кости. По нашим наблюдениям, особой проблемой является вариант идиопатического асептического некроза таранной кости, при котором возникает субхондральная остеомаляция блока таранной кости на значительном протяжении с исходом в быстропрогрессирующий деформирующий артроз голеностопного сустава. Четких данных об эпидемиологии, современных методах диагностики и лечения данных поражений голеностопного сустава не встретилось.

Цель исследования – оптимизировать диагностику и улучшить результаты лечения субхондральной остеомаляции блока таранной кости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованы результаты лечения 7 пациентов с субхондральной остеомаляцией таранной кости на разных степенях развития. Мужчин было 2, женщин 5. Средний возраст пациентов составил 24 года. Средний срок заболевания составил 4 года. Проводилась рентгенография голеностопного сустава в 3-х проекциях. У 4-х из 6 на УЗИ (Aloka 500, датчик 500 Мгц) имелся синовит голеностопного сустава. Истинные размеры и локализация некротических полостей в таранной кости выявлены на компьютерной томографии таранных костей.

Всем пациентам проводилось пробное лечение (физиолечение, временная иммобилизация, ЛФК, массаж, блокады с Kenalog-40), стельки-супинаторы «Экстра-комфорт». У 1 пациента наступило полное купирование симптоматики. Оперированы 6 пациентов: у 3 пациентов проведена артротомия, ревизия голеностопного сустава, экскохлеация полости таранной кости, мозаикопластика дефекта таранной кости. Донорским местом послужила в 1 случае ипсилатеральная внутренняя лодыжка, в 3-х – покрытая суставным хрящом ненагружаемая часть ипсилатерального коленного сустава. У 1 пациента проведена хейлэктомия передних отделов голеностопного сустава, ревизия, сверление по Беку области асептического некроза при его локализации в шейке таранной кости. У 1 пациентки, в связи с исходом асептического некроза таранной кости в деформирующий артроз голеностопного сустава 3 степени, проведен артродез голеностопного сустава.

Всем проводилось традиционное восстановительное лечение. Сроки иммобилизации от 3 до 12 недель после операции. Затем – реабилитационная программа увеличения объема в голеностопном суставе, ЛФК, физиолечение, массаж. Нагрузки весом тела допускались индивидуально. Результаты лечения отслежены в течение 1 года. Проведена оценка результатов по шкале Rowe.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Наилучшие результаты отмечены при ранней операции экскохлеации дефекта и мозаикопластики тела таранной кости.
2. Основной причиной неудовлетворительного результата лечения является исходный деформирующий артроз голеностопного сустава.

ПЕПЕЛЯЕВ Е.Г., ВОЛОКИТИН В.В.
Больница № 1 ГУВД КО,
г. Кемерово

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Поясничные вертеброгенные синдромы являются наиболее распространенной патологией нервной системы. На их долю приходится 70-85 % от общего числа листов нетрудоспособности, выдаваемых неврологическим больным. Это обуславливает актуальность реабилитации таких больных, определенная часть которых нуждается в хирургическом лечении. В настоящее время грыжи межпозвоночных дисков считаются главным этиопатогенетическим фактором пояснично-крестцовых болей.

Мы провели исследование по выявлению изменений размеров грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника при консервативном лечении, включающем НПВС, анальгетики, противоотечные, сосудистые средства, витамины группы В, ЛМБ, ИРТ, ФТО. Под нашим наблюдением находились 30 больных (12 женщин и 18 мужчин) в возрасте 26-56 лет. Средний возраст составил 43,7 ± 0,3 года. Всем больным проводилось, помимо общих клинических исследований, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Первое исследование выполнялось в период обострения неврологических проявлений, повторное – после курса консервативного лечения, в период ремиссии.

Грыжа диска L3-4 диагностирована у 7 человек (23,3 %), грыжа диска L4-5 – у 28 человек (93,3 %), L5-S1 – у 16 человек (53,3 %). Из общего числа больных, у 18 человек (60 %) обнаружено сочетанное поражение межпозвоночного диска на нескольких уровнях.

При МРТ исследовании после консервативного лечения, в стадии клинической ремиссии, у 17 человек (56,7 %) размеры грыж межпозвоночных дисков оставались прежними. У 9 человек (30 %) отмечалось уменьшение размеров выпячивания межпозвоночного диска. А у 4 человек (13,3 %) определялось незначительное увеличение размеров грыж межпозвоночных дисков.

Полученные данные подтверждают, что в генезе болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника пусковым фактором является увеличивающаяся грыжа межпозвоночного диска. Раздражение рецепторов задней продольной связки приводит к мышечно-тоническим, нервно-сосудистым и дистрофическим рефлекторным проявлениям заболевания. При стабилизации процесса происходит адаптация нервных структур позвоночного канала к новым анатомическим взаимоотношениям и, как результат, снижению болевого синдрома.

ПЕРКИН Э.М., ВАЛУЙСКИХ Ю.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ВСТРЕЧНЫЙ ГАЗОЖИДКОСТНЫЙ ПОТОК КАК ВАРИАНТ МЕЖОПЕРАЦИОННОЙ ПРОДЛЕННОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ В УСЛОВИЯХ ЛАПАРОСТОМЫ

Принцип продленной санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните в промежутке между программными релапаросанациями остается актуальным. В связи с этим, был разработан метод межоперационной санации брюшной полости встречным газожидкостным потоком в условиях лапаростомы (патент на изобретение № 2242170 от 20.12.2004).

Метод заключается в следующем. После устранения источника перитонита по общепринятым правилам промывали и осушали брюшную полость. Тонкую кишку дренировали трансназально. Через отдельные разрезы вводили 4 перфорированные трубки-ирригаторы, которые устанавливали в правом и левом мезентериальных синусах, в правом и левом поддиафрагмальных пространствах. Дополнительно устанавливали 3 трубки-оттока, дренирующие полость малого таза, правый и левый латеральные каналы. На петли кишок укладывали перфорированную полиэтиленовую пленку.

Лапаростому формировали устройством, состоящим из защитной рамки, сетки и крышки. Устройство в лапаротомной ране устанавливали следующим образом. Всю конструкцию стерилизовали по стандартной методике в растворе муравьиной кислоты. Защитную рамку подшивали по контуру лапаротомной раны узловыми П-образными швами через все слои брюшной стенки. Этим достигали изоляции тканей брюшной стенки от брюшной полости. На защитную рамку укладывали сетку, затем надевали крышку, которую плотно фиксировали к защитной рамке, благодаря конгруэнтному соединению между выступом защитной рамки и выемкой крышки.

В послеоперационном периоде через трубки-ирригаторы подавали увлажненный кислород под давлением не более 0,2 атм. Через устройство подавался физиологический раствор поваренной соли (NaCl 0,9 %). Устройство обеспечивает герметичность лапаростомы, что позволяет при введении раствора создать слой жидкости (гидрозатвор), который отделяет брюшную полость от внешней среды. Физиологический раствор, поступая в брюшную полость, встречается с восходящим газовым потоком кислорода. В брюшной полости возникают турбулентно-жидкостные пузырьковые потоки. Появляется эффект бурления, который обладает высоким механическим очищающим свойством. Кислород свободно выходит через устройство лапаростомы, не создавая повышения внутрибрюшного давления, а жидкость оттекает по дренажным трубкам-оттокам. Процесс происходит непрерывно, обеспечивая продленную активную санацию брюшной полости.

Метод применен у 52 больных, находившихся в токсической и терминальной стадии распространенного перитонита. Специфических осложнений не получено. Летальность составила 28,9 %.

Разработанная санация брюшной полости отличается простотой исполнения, не имеет специфических осложнений и может быть рекомендована для широкого применения.

ПЛОТНИКОВ Г.А., СТАЦЕНКО О.А., ШМУЛЕВИЧ М.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Плечевой сустав. Если исключить какие-то рентгенологические находки (опухоли и пр.), то боли, как правило, связаны с небольшой травмой, когда нет ни перелома, ни вывиха, или с дегенеративно-дистрофическими процессами капсульного аппарата на фоне шейного остеохондроза и длительной перегрузки сустава. Прежде чем приступить к клиническому обследованию, необходимо четко представлять, что боли могут быть связаны не только с шейным остеохондрозом, но и с мофасциальным болевым синдромом, когда, прежде всего, страдают ротаторы (над- и подостная мышцы, подлопаточная и малая круглая), импиджмент-синдромом и поражением вращательной манжеты плеча травматического или дегенеративно-дистрофического характера.

Выявив источник болей, в амбулаторных условиях проводится стандартное лечение (антиревматические препараты, препараты улучшающие микроциркуляцию, антиоксиданты, ЛФК, физиолечение и др.) и если в течение 2 недель эффекта нет, пациента необходимо направить к ортопеду для решения вопроса об оперативном лечении. Использование артроскопической техники позволяет малотравматично провести ревизию сустава, резекцию акромиона при импиджмент-синдроме и шов вращательной манжеты.

Локтевой сустав. Боли связаны, прежде всего, с тендоостеопатией (боли в месте прикрепления сухожилий мышц к надмыщелкам плечевой кости), наличием бурсы под сухожилием и компартмент-синдромом (боли в переходной сухожильно-мышечной области). Наиболее часто страдают внутренний надмыщелок и мышцы сгибатели кисти и пальцев. Если стандартное консервативное лечение неэффективно, то больного необходимо направлять на оперативное лечение. Наиболее часто в практике используется операция Гомаке: иссечение бурсы и декомпрессия мышц (борьба с компартмент-синдромом).

Лучезапястный сустав. Наиболее часто болевой синдром связан с туннельным синдромом, что, по сути, является компартмент-синдромом. Неэффективное двух-, трехнедельное консервативное лечение является показанием для направления больного на оперативное лечение, заключающееся в рассечении карпальных связок и невролизе, эндоневролизе пораженных нервных стволов.

Тазобедренный сустав. Генез болей различен и в большинстве случаев он связан с поражением поясничного отдела позвоночника (чаще это остеохондроз), тазобедренного сустава (чаще деформирующий артроз), крестцово-подвздошного сочленения травматического или воспалительного характера и вертельной области (вертельные бурсы, компартмент-синдром). Оперативное лечение зависит от установленного диагноза. В последние годы наиболее популярной операцией является эндопротезирование сустава.

Коленный сустав. Кроме деформирующего артроза и артрита, болевой синдром часто бывает связан с длительными перегрузками сустава и проявляется верхним и нижним арех-синдромом, лигаментоостеопатией бугристости большеберцовой кости, наличием капсулярных триггеров, хондропатией надколенника и пр. Отсутствие эффекта от консервативного лечения предопределяет оперативное лечение (артроскопия при внутрисуставных поражениях и различные виды оперативного вмешательства при внесуставных поражениях).

Голеностопный сустав. При отсутствии в анамнезе значительной травмы боли в большинстве случаев связаны с перегрузкой (спортсмены) и, как правило, сопровождаются нестабильностью сустава. При этом часто отмечается поражение нижнего межберцового синдесмоза. Консервативное лечение не всегда дает положительный эффект и таких больных необходимо направлять на оперативное лечение.

ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., ПАВЛЕНКО В.В., КРАСНОВ О.А.,
СТАРЧЕНКОВ С.Б., КОТОВ М.С., ГРЕКОВ Д.Н., ГОРДЕЕВ М.С.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПЫТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

В течение 9 лет в клинике госпитальной хирургии прооперированы 260 больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, у которых выполнено протезирование передней брюшной стенки полипропиленовой сеткой. У 55 % из них осуществлена пластика методом Onlay, при котором грыжевые ворота ушивались край в край, и сверху для их укрепления пришивалась сетка, выступающая на 2-3 см за линию швов на апоневрозе.

В 37 % операций применена пластика Inlay способом (методом заплатки), при котором сопоставление краев грыжевых ворот не проводилось и последние сверху закрывались сеткой, выступающей на 2-3 см за края дефекта. Сетка также фиксировалась узловыми швами к апоневрозу. В 8 % случаев проводилось подапоневротическое расположение эксплантата с последующим сопоставлением над ним грыжевых ворот край в край (Sublay способ). Подапоневротическая пластика исключала контактирование сетки с петлями кишечника.

Результаты оценивались как в ближайший послеоперационный период, так и в поздние сроки (1-8 лет) после вмешательства. В ранние послеоперационные сроки частота местных раневых осложнений (нагноения, инфильтраты, некрозы кожи, лигатурные свищи, расхождение краев раны), в среднем за девять лет, составила 5,4 %, образование острых сером в подкожной клетчатке – 95 %. За последние четыре года число раневых инфекционно-воспалительных осложнений удалось снизить с 10,6 % втрое.

Разработан и применяется с 2000 года комплекс профилактирующих мер: премедикация с антибиотиками, региональная антибиотикотерапия, импрегнация сетки антибактериальными препаратами, тщательный гемостаз, фиксация сетки к тканям без ее гофрирования, замена вакуумных Redon-дренажей на пункции сером под УЗИ контролем при надапоневротическом расположении протеза, отказ от эксплантации сетки при множественных холодных лигатурных абсцессах.

При надапоневротическом расположении сеток острые серомы в подкожной клетчатке образуются, практически, у всех оперированных. Они купируются пункциями в раннем послеоперационном периоде у 26 % пациентов. При расположении эксплантата над апоневрозом и его контакте с подкожной клетчаткой у 74 % оперированных формируются хронические (более 1 мес.) серомы, которые приходится пунктировать через 5-10-30 дней в течение 2-3 месяцев (в среднем, 57,6 дня).

Серомы являются результатом повреждения клеток, межклеточных образований и мелких лимфатических протоков. Поскольку лимфатическая жидкость содержит около 2 г% белка, в т.ч. фибриноген, то после повреждения протока должно наступить его тромбирование с последующей облитерацией, вследствие пролиферативных процессов. Образование хронических сером при надапоневротическом расположении сетки связано, вероятно, с сохранением асептического воспаления и лимфореей из-за травматизации тканей подкожной клетчатки сеткой во время дыхательных экскурсий брюшной стенки.

Цитологичекий состав хронических сером на 90-97 % состоит из лимфоцитов и единичных сегментоядерных лейкоцитов, эозинофилов и моноцитов. При этом в жидкости содержится высокий уровень белка и сахара. Все это подтверждает факт хронического асептического воспаления и лимфореи. Причем, поступление жидкости в межтканевые пространства в течение нескольких недель превалирует над процессами всасывания. Проблема образования сером актуальна не только для герниологов. В ангиохирургии серомы являются причиной нагноений и неудачного хирургического лечения при протезировании сосудов.

Существуют приемы борьбы с лимфореей – местная компрессия, вплоть до наложения сдавливающих подкожную клетчатку съемных «П»-образных швов, отказ от препаратов, улучшающих реологию, назначение минимальных доз антикоагулянтов и, самое основное, осуществление ограниченных доступов. При подапоневротическом расположении сетки проблемы хронических сером не существует.

Анализ поздних результатов операций выявил в 5,4 % рецидив заболевания. Причем, основной их причиной была раневая инфекция при надапоневротическом расположении сетки. Отработка технологии вмешательства позволила безрецидивно прооперировать с 2001 года 150 пациентов с послеоперационными грыжами брюшной стенки, причем, в 92 % сетка контактировала с подкожной клетчаткой.

ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., АНДРЕЙЧУК М.Е., ПУШКОВ В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рак мочевого пузыря – одна из наиболее актуальных проблем современной урологии. Хирургический подход является основным в лечении рака мочевого пузыря, как поверхностного, так и инвазивного.

В урологическом отделении МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского за последние 5 лет с диагнозом рак мочевого пузыря пролечились 195 пациентов, из них с поверхностным раком мочевого пузыря 110 пациентов. Выполнялась трансуретральная резекция (ТУР) поверхностого рака мочевого пузыря. Основная проблема у этой категории пациентов – частые рецидивы опухолевого процесса. После ТУР у 22 больных проведена химиотерапия – инстилляции в мочевой пузырь адрибластина от 60 мг до 180 мг по рекомендуемым схемам. Рецидив опухоли выявлен у 3 пациентов через 7 месяцев, у 5 – через 9 месяцев, у 2 – через год, у 12 больных, наблюдаемых в течение 3-5 лет, рецидива нет. 5 больным проводилась иммунотерапия инстилляциями БЦЖ. У двух пациентов к концу лечения отмечалась гематурия – проводилась консервативная терапия. У этой группы больных рецидив опухоли выявлен у одного через 8 месяцев, у одного через год. У 57 из 83 пациентов, которым проводился ТУР поверхностного рака мочевого пузыря как монотерапия, рецидив выявлен в сроки от 4 месяцев до трех лет.

Таким образом, применение химио- и иммунотерапии после ТУР в лечении поверхностных раков мочевого пузыря, улучшает прогноз в течении заболевания.

ПОПОВ П.В., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., ДРОБОТОВ В.Н., ЛОСКУТНИКОВ С.Ю., СМИРНОВ М.В., КРАПИВИН Е.А., ЕЩИН Е.Е.
МУЗ Городская клиническая больница № 11, Кемеровская государственная медицинская академия, Областной центр медицины катастроф, г. Кемерово

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ СЛУЧАЙНЫХ РАН

Проблема лечения больных со случайными ранами до сих пор остается одной из наиболее актуальных в травматологии, так как травмы ежегодно уносят значительное число человеческих жизней, превращают еще большее число пострадавших в инвалидов и, тем самым, наносят громадный моральный и материальный ущерб государству (Ефименко Н.А., 2002; Кузин М.И., Костючонок Б.М., 1990).

Цель исследования – проанализировать лечение случайных ран, найти пути повышения эффективности исходов и уменьшения материальных затрат на данную категорию пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2003 году в отделении травматологии МУЗ Больница № 11 находились на лечении 147 больных со случайными ранами. В основном, это были пациенты в возрасте 30-40 лет, из них 123 мужчины и 24 женщины. Наибольшее число больных поступали в летние месяцы – 38, 7%, затем следует весенний период – 30 %, далее осень – 22,9 % и в зимний период наименьшее число – 8,4 %.

В 2004 году в отделении находились на лечении 127 больных со случайными ранами. В основном, это были пациенты так же в возрасте 30-40 лет, из них 101 мужчина и 26 женщин. По времени года пациенты распределились примерно так же, как и в 2003 году.

По нозологии в 2003 году больные распределились на 6 групп: 1-я раны грудной клетки – 31 пациент (21 %); 2-я раны стопы – 6 человек (4 %); 3-я раны кисти – 27 человек (18,4 %); 4-я голень, бедро – 28 человек (19 %); 5-я плечо, предплечье – 20 человек (13,6 %); 6-я раны двух и более локализаций – 28 человек (19 %).

По нозологии в 2004 году больные распределились на 6 групп: 1-я раны грудной клетки – 15 пациентов (11,8 %); 2-я раны стопы – 7 человек (5,5 %); 3-я раны кисти – 25 человек (19,7 %); 4-я голень, бедро – 18 человек (14,2 %); 5-я плечо, предплечье – 14 человек (11,1 %); 6-я раны двух и более локализаций – 48 человек (37,8 %).

Средние сроки лечения в 2003 и в 2004 годах больных по группам составили: первая группа – 14 дней; вторая – 18 дней; третья – 17 дней; чет-

вертая – 20 дней; пятая – 15,5 дней; шестая – 17,4 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рассчитаны материальные затраты на медикаментозное лечение каждой группы больных. Наибольшие затраты на лечение отмечены у больных с множественными ранами, которые составили более 6 тысяч рублей. Наименьшие затраты были у больных с ранами стопы – 503 рубля. Большая часть расходов на эту группу больных регламентирована в территориальной программе ОМС. Общие затраты на лекарственную терапию в 2004 году этой группы больных в объеме ОМС составило 147528 рублей. В среднем, на одного пациента затрачено 1161 рублей. Эта сумма превышает затраты за 2003 год на 46 %.

Гнойные осложнения при лечении случайных ран отмечены в 11 % случаев. На профилактику и лечение этих осложнений затрачено до 60 % лекарственных средств.

Внедрение перфторана в комплексном лечении ран (Патенты РФ № 2237472 и № 2237472) позволило улучшить исходы лечения данного контингента больных и уменьшить материальные затраты лечебного учреждения.

ПОТКИНА Т.Н., СТАРЫХ В.С., ТЕМЕРХАНОВА Л.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово

ТРАВМЫ ОТ УКУСОВ ЛЮДЕЙ ЖИВОТНЫМИ

Наряду с увеличением числа кошек, собак и других домашних питомцев, возросло количество беспризорных животных, а вместе с этим и укушенных людей. По данным Поликлиники № 5, за два года в Кемерове с укусами обратились 1442 человека в возрасте от 15 до 84 лет. Среди укушенных были 731 женщина и 711 мужчин. Более чем в половине случаев от укусов пострадали соседи или знакомые, в четверти – владельцы животных.

Чаще кусали собаки (78,9 %), реже кошки (19,9 %), причем коты кусали почти в два раза чаще кошек. Иногда укусы наносили ручные крысы и мыши, морские свинки, хомячки и люди, в единичных случаях лошади, медведи, свиньи, белки, бурундуки, лисицы, кролики, обезьяна и зебра.

Анализ причин нанесения укусов животными показал, что собаки чаще всего кусают при входе человека на охраняемую ими территорию. Животные кусают, когда на них замахиваются рукой или пугают резкими движениями; при вмешательстве в драки между ними; когда бьют или кричат на них; при ловле их; когда наступают или садятся на них; реже во время игры, преимущественно с кошками; при отборе пищи во время кормления или при охране своего потомства. Возникновение этих травм связано, главным образом, с поведением человека. Без вины пострадавшего собаки кусают при внезапном появлении его рядом с животным или по приказу хозяина (1,4 %).

Локализация ран в большинстве случаев была на пальцах, кисти, предплечье, стопе и голени, встречалась на плече, передней брюшной стенке или молочной железе, редко на лице или шее, иногда на бедре, ягодице или мошонке. Чаще всего раны были точечными, но от собак встречались и рваные.

Лечение больных с укусами, как правило, включало промывание раны проточной водой с мылом и обработку кожи спиртовым раствором хлоргексидина. При рваных, скальпированных или размозженных ранах без признаков инфицирования осуществляли первичную хирургическую обработку с рассечением и иссечением патологически измененных тканей и последующим ушиванием раны.

При наличии раневой инфекции вводили антибиотики и осуществляли вторичную хирургическую обработку без ушивания тканей или с наложением провизорных швов. При повреждениях костей, крупных кровеносных сосудов, нервов, обширных ранах лица или шеи, а также при развитии флегмоны или воспаления в лимфатической системе, больных направляли в стационар.

Таким образом, в городских условиях животные кусают человека, как правило, в критических для них ситуациях, что соответствует присущей им биологической оборонительной программе поведения. В получении укуса есть доля вины человека: укушенного или хозяина животного. Люди не всегда понимают живущих рядом с ними животных и совершают поступки, провоцирующие последних на защиту нападением.

Владельцы же собак, зная, что их любимое существо, готовое жизнь отдать за своего хозяина, является средством повышенной опасности для окружающих, обязаны выводить собаку из квартиры на поводке, а отпускать в намордник. Люди

не должны вводить себя в заблуждение лозунговым мышлением, что собака друг всякого человека. Собака – друг хозяина и может по его приказу или для защиты его искусать любого человека, даже того, кто думает, что чужая собака ему друг.

Для профилактики укусов необходимо знание владельцами собак, что домашние животные являются их собственностью, и они несут ответственность за их поведение. В сознание людей внедряется мнение о превосходстве человека над животными, которых надо считать тварями. Человек отличается от животных более выраженным потенциалом интеллектуального творчества и созидания человеческих ценностей, но это не повод для высокомерно-пренебрежительного отношения его к другим животным. Животный мир находится в тесной взаимосвязи и без нее жизнь на планете может стать невозможной.

Домашние животные разнообразят и эмоционально обогащают жизнь владельцев и с пользой служат им. Так, если в подвале жилого дома живет хотя бы пара привитых ручных кошек, которых подкармливают жильцы, в таком доме нет крыс и мышей, но, если кошек не будет, они появятся. Грызуны, будучи распространителями тяжелых инфекционных болезней, не только нанесут материальный вред, но и создадут опасность для здоровья и жизни людей. Многие века люди с пользой для себя держат кошек в своем жилище, во дворах и даже на кораблях. Заслуженно в Санкт-Петербурге собаке, а в Египте кошке люди поставили памятники.

РАДИОНОВ И.А., БЕДИН В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Первичный хронический панкреатит (ПХП) в последние годы относят к часто встречающимся заболеваниям поджелудочной железы (ПЖ), а его лечению уделяют особое внимание в связи с множеством нерешенных вопросов в консервативной терапии и хирургической тактике, а также возникающих и трудно разрешаемых осложнений.

В Кузбасском областном гепатологическом центре г. Кемерово на базе ГКБ № 3 за период 1998-2005 гг. получили лечение 495 больных с ПХП. Большинство больных составили мужчины – 407 (82,2 %), средний возраст которых 39,7 лет. Основной причиной развития ПХП явился алкоголизм.

Для диагностики ПХП применяли комплекс клинических, лабораторных и инструментальных тестов, включающих исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы (ПЖ) беззондовыми методами, которые позволяли получить информацию при выраженных фиброзно-воспалительных процессах в ПЖ при ПХП в стадии обострения и судить о ее функциональном состоянии.

В качестве одного из ведущих факторов многих заболеваний, в т.ч. и при ПХП, является активация свободно-радикальных процессов. С целью диагностики процессов перекисного окисления липидов и его коррекции изучали исходную концентрацию продуктов ПОЛ, реагирующих с 2-тиобарбитуровой кислотой, антиоксидантную активность, а также активность утилизаторов свободных радикалов, таких как церулоплазмин и супероксиддисмутаза плазмы, и каталазу эритроцитов.

Обязательными методами считали ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплеровским картированием, компьютерную томографию с болюсным контрастированием, фиброгастродуоденоскопию. По показаниям – прямую панкреатоцистовирсунгографию и/или ретроградную панкреатохолангиографию (РХПГ), панкреатоцистоскопию.

С ПХП оперировали 130 больных (26,3 %), из них продольную панкреатовирсунгоеюностомию на выключенной петле тощей кишки выполнили у 51 (39,2 %), гепатикоеюностомию и продольную панкреатовирсунгоеюностомию на двух выключенных петлях тощей кишки – у 20 (15,4 %). Панкреатодуоденальную резекцию выполнили 5 больным (3,8 %) псевдотуморозным хроническим панкреатитом. Панкреатоцистовирсунгоеюностомию провели 17 пациентам (13,1 %), цистокорпокаудальную резекцию ПЖ – 37 больным (28,5 %).

Пункционно-дренирующий способ лечения, как окончательный этап в лечении ПХП, применили 53 больным (10,7 %) с экстрапанкреатическими ложными кистами ПЖ без их связи с главным панкреатическим протоком. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию и вирсунготомию выполнили 11 пациентам с изолированным стенозом устья ГПП.

Специфические осложнения встретились у 8 пациентов (6,2 %). Летальность у 4 больных составила 3,1 %.

Таким образом, при ПХП выбор метода оперативного вмешательства был индивидуальным и зависел от характера изменений в поджелудочной железе, ее протоковой системе, 12-перстной кишке и патологии внепеченочных желчных путей. Консервативная терапия, примененная в лечении больных, не требующих проведения операции, а также в до- и послеоперационном периодах у оперируемых пациентов, позволила значительно улучшить результаты лечения.

РАДИОНОВ И.А., БЕДИН В.В., ЗИНЧУК Л.И., ВАВИН Г.В., ТУЗОВСКАЯ К.Н., БУНИНА О.Г., МОШКИНА Г.А., РУБАН Е.Э.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

В последние годы к часто встречающимся заболеваниям поджелудочной железы (ПЖ) относят первичный хронический панкреатит (ПХП), лечение которого привлекает к себе внимание хирургов и терапевтов в связи с множеством нерешенных вопросов в диагностике, возникающих и трудно поддающихся коррекции осложнений. Хронический панкреатит является комплексным многофакторным заболеванием, наиболее часто развивающимся при злоупотреблении алкоголем, хотя встречается и у непьющих пациентов.

В Кузбасском областном гепатологическом центре г. Кемерово на базе ГКБ № 3 за период 1998-2005 гг. пролечены 495 больных с ПХП. Большинство больных составили мужчины – 407 (82,2 %), средний возраст которых 39,7 лет. Основной причиной развития ПХП явился алкоголизм. Для диагностики ПХП применяли комплекс клинических, лабораторных и инструментальных тестов, включающих исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы (ПЖ) беззондовыми методами.

Беззондовые методы исследования внешнесекреторной функции ПЖ с определением соотношения клиренса а-амилазы и креатинина, а также проба Ласуса позволила получить информацию при выраженных фиброзно-воспалительных процессах в ПЖ при ПХП в стадии обострения. Исследование дебита мочевой экскреции а-амилазы и «прозериновый провокационный уротест» обладал более высокой информативностью и, вместе с пробой Ласуса, позволял судить о функциональном состоянии поджелудочной железы.

В качестве одного из ведущих факторов многих заболеваний являются ишемические и реперфузионные повреждения клеток, в связи с чем происходит неконтролируемая активация свободно-радикальных процессов. С целью диагностики процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и его коррекции изучали исходную концентрацию продуктов ПОЛ, реагирующих с 2-тиобарбитуровой кислотой, антиоксидантную активность, а также активность утилизаторов свободных радикалов, таких как церулоплазмин и супероксиддисмутаза плазмы, и каталазу эритроцитов.

Обязательными методами считали ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплеровским картированием, компьютерную томографию с болюсным контрастированием, фиброгастродуоденоскопию. По показаниям – прямую панкреатоцистовирсунгографию и/или ретроградную панкреатохолангиографию (РХПГ), панкреатоцистоскопию.

У больных с паренхиматозным хроническим панкреатитом проводилась комплексная консервативная терапия, которая включала исключение провоцирующих факторов, коррекцию экзо- и эндокринной недостаточности ПЖ, производные соматостатина, H_2-блокаторы, анаболические стероиды, ингибиторы фосфодилэстеразы, холинолитики, ганглиоблокаторы, различные антиоксидантные вещества, препараты редкоземельных металлов, витамин С, энтеросорбенты, анальгетики и т.д.

С целью купирования болевого синдрома 45 больным (15,2 %) применили медикаментозную блокаду чревного ствола под контролем УЗИ. Комплекс современных лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных с первичным хроническим панкреатитом позволил получать информацию о фазе течения патологического воспалительного процесса в поджелудочной железе, состоянии внешнесекреторной функции, процессах ПОЛ, что способствовало проведению комплексного консервативного лечения в до- и послеоперационном периодах.

РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А., ДОРОФЕЕВ Ю.И., БОНДАРЕНКО Г.Ю.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ГРУДО-ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ АРМИРОВАННОГО ИМПЛАНТАТА ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА

Необходимость выбора способа хирургического лечения пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой на уровне грудо-поясничного перехода, способного решить одновременно декомпрессию спинного мозга и надежную стабилизацию поврежденного участка позвоночного столба, исключающую впоследствии развитие осложнений в оперированном сегменте, обусловлена рядом задач, решением которых должны являться обеспечение декомпрессии нейрососудистых образований на уровне повреждения и надежная стабилизация поврежденного опорно-двигательного сегмента.

Известно множество способов хирургического лечения осложненных переломов позвоночника на нижнегрудном и верхнепоясничном уровнях, как правило, отличающихся друг от друга применением различных стабилизирующих конструкций. Стабилизация позвоночника с помощью имплантатов из пористого никелида титана позволяет раньше активизировать больных, не прибегая к строгому постельному режиму и массивным фиксирующим корсетам, тем самым, уменьшая количество осложнений и создавая наиболее благоприятные условия для восстановления утраченных функций. В клинике проведено более 600 опорных спондилодезов больным с повреждениями и заболеваниями позвоночника.

За период 2000-2004 гг. в условиях Новокузнецкой нейрохирургической клиники оперированы 26 пациентов, перенесших позвоночно-спинномозговую травму на нижнегрудном или верхнепоясничном уровнях с различной степенью сегментарно-проводниковых нарушений спинного мозга. 6 пациентов оперированы в позднем периоде травматической болезни спинного мозга, при наличии развития консолидации костных отломков позвонков. 20-ти больным проводилась декомпрессия спинного мозга посредством резекции поврежденных тел позвонков, используя переднебоковой трансплевральный доступ.

Стабилизация поврежденного уровня выполнялась расклинивающим межтеловым армированным имплантатом из пористого никелида титана. Внедрение стержневой арматуры, выступающей из торцевых краев пористого имплантата в тела позвонков, смежных с резецированным, во всех указанных случаях позволило добиться надежного межтелового спондилодеза вследствие развития высокопрочного композита «никелид титана – костная ткань».

Таким образом, применение армированного имплантата из пористого никелида титана в качестве опорного стабилизирующего элемента при проведении декомпрессионно-стабилизирующей операции является методом выбора при лечении больных с позвоночно-спинномозговой травмой на грудо-поясничном уровне. Использование переднебокового трансплеврального доступа позволяет добиться надежного опорного спондилодеза в сочетании с одномоментной декомпрессией спинного мозга. Начало осевой нагрузки на позвоночник, при условии иммобилизации его жестким корсетом, становится возможным спустя 3 месяца после оперативного вмешательства.

РЕРИХ В.В., ПАХОМОВ И.А., БОРЗЫХ К.О.
НИИ травматологии и ортопедии,
г. Новосибирск

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СТОП

Современный подход к лечению повреждений характерен стремлением к снижению затратности лечения, уменьшению сроков временной нетрудоспособности, снижению выходов на инвалидность, улучшению качества жизни. Это звучит особо для сочетанных переломов позвоночника и нижних конечностей.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с сочетанными повреждениями позвоночника и нижних конечностей. По-

ложительный эффект ожидается в уменьшении травматичности операции, укорочении госпитального периода, укорочении периода внешней иммобилизации, укорочении реабилитационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 31 пациент с сочетанной травмой позвоночника и нижних конечностей, оперированных в клинике травматологии Новосибирского НИИТО в 1998-2004 гг. Мужчин 22 (71 %) женщин 9 (29 %), средний возраст 37,5 лет.

У 31 пациента наблюдались 39 переломов позвоночника с локализацией повреждения в грудном и поясничном отделах: D11 – 1 (2,6 %), D12 – 4 (10,3 %), L1 – 17 (43,6 %), L3 – 2 (5,1 %),L4 – 2 (5,1 %). Кроме этого, у 31 пациента наблюдались переломы пяточных костей – 31 (73,8 %), перелом ладьевидной кости – 1 (2,4 %), переломы лодыжек – 3 (7,1 %), повреждения Шопарова сустава – 1 (2,4 %), переломы плюсневых костей – 2 (4,8 %), переломы голени (диафиза и пилона) – 4(9,5 %) в сроки 3-х недель с момента повреждения.

Для исследования использовались клинический, рентгенологический, компьютерный томографический методы. Классификация переломов позвоночника проводилась по Magerl, переломы пяточных костей классифицированы по Essex-Lopresty, переломы костей голени и стопы – по AO-ASIF. При поступлении противошоковая терапия по показаниям, обезболивание, репозиция, иммобилизация поврежденных конечностей, реклинация на гамаке, ЛФК, массаж, физиолечение. Все оперированы одновременно на поврежденных сегментах и позвоночнике.

У 31 пациента проведены 36 операций (100 %) на позвоночнике: задняя внутренняя фиксация стяжкой Цивьяна-Рамиха – 18 (50 %), моносегментарный спондилодез – 4 (11,1 %), бисегментарный спондилодез – 6 (16,7 %), транспедикулярная фиксация – 8 (22,3 %) и 42 операции (100 %) на стопах (первичный подтаранный артродез – 5 (11,9 %), открытая репозиция, внутренняя фиксация пяточных костей – 26 (61,9 %), лодыжек и пилона голени – 7 (16,7 %), ОРВФ пред- и плюсневых костей – 4 (4,2 %), ОРИФ голени – 2 (2,1 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациенты осмотрены после операции в сроки от 12 месяцев до 6 лет. Оценивались клинические, рентгенологические показатели и функциональные результаты лечения при помощи Oswestry Disability Index и шкалы Rowe. Получены 14 хороших (45,6 %), 14 удовлетворительных (45,6 %), 3 неудовлетворительных (9,7 %) результатов.

ВЫВОДЫ:

1. Одномоментное и одноэтапное оперативное лечение повреждений позвоночника и стоп улучшает результаты лечения.
2. Современный подход к сочетанной травме позвоночника и конечностей подразумевает активную тактику хирургического лечения в 1 этапе на конечностях и позвоночнике, с максимально возможным восстановлением поврежденных структур.

РУБАНОВА О.И., ГАЛЕЕВ И.К., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ДРОБОТОВ В.Н., ВАВИН Г.В., ПЛАЧИНТА А.А., ЧЕРНОБАЙ Г.Н.

ВВК ГУВД Кемеровской области,
Областной центр медицины катастроф,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
МУЗ Городская клиническая больница № 1,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ПАРАВУЛЬНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ПЕРФТОРАНА НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЫШЦ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТУРНИКЕТНОЙ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТИ

Известно, что перфторан является газопереносчиком кислорода. По нашему предположению, местное введение его может оказаться фактором, сдерживающим реперфузионные осложнения при турникетной травме. Подобная травма нередко встречается в условиях войн, чрезвычайных ситуаций и представляет определенный интерес для микрохирургов.

С целью изучения возможности «сдерживающего» влияния перфторана на процессы ишеми-

ческого токсикоза при тяжелой турникетной травме было проведено экспериментальное исследование на лабораторных крысах. Животным наносились раны дисковой электропилой в средней трети бедра с повреждением мягких тканей и кости. Животным контрольной и основной групп накладывали артериальные жгуты проксимальнее раны на обе конечности.

Крысам основной группы паравульнарно вводили перфторан в дозе 30 мл/кг массы пораженной конечности. Через 6 часов снимали жгуты. Изучали изменения размеров ран и вид их заживления, динамику отека конечности, летальность, показатели ишемического поражения — перекисное окисление липидов (МДА и ГПЛ), а также морфологические изменения мышц. На 15 сутки наблюдения изучали показатели мышечного ответа по данным электромиографии.

К концу периода наблюдения в контрольной группе погибли 71 % животных, в основной — 40 %.Отек задних конечностей в основной группе достоверно ниже, чем в контроле ($P < 0,01$). Раны животных основной группы заживали быстрее, чаще под сухим струпом, в то время как в контрольной группе сохранялось нагноение. Уже на 6 сутки дно ран основной группы было очищено от некроза или покрыто сухим струпом. Ишемический отек и воспалительные изменения вокруг ран в основной группе выражены меньше, чем в контрольной. Площадь ран животных основной группы достоверно меньше, чем контрольной группы ($P < 0,05$).

К концу периода наблюдения площадь ран основной группы составила 68 %, контрольной — 124 % от исходных величин. Содержание гидроперекисей липидов (ГПЛ) в основной группе было достоверно меньше, чем в контрольной ($< 0,05$), в то время как достоверных изменений в содержании малонового диальдегида (МДА) не отмечалось. При морфологическом исследовании мышц поврежденных конечностей в основной группе, среди грануляций встречались некрозы в виде небольших секвестров. Чем дальше от очагов некроза, тем более зрелые грануляции наблюдались. В контрольной же группе определялись мышечные пласты с обширными колликвационными некрозами. Прослойки грануляций обнаруживались местами в пограничной зоне с поврежденными мышцами.

На 14 сутки эксперимента в основной группе наблюдались достоверное снижение латентного периода мышечного ответа и достоверное повышение скорости распространения импульса, по сравнению с контролем ($P < 0,05$), что свидетельствует о большей функциональной сохранности травмированных мышц основной групп.

Таким образом, эксперимент свидетельствует о том, что перфторан «сдерживает» общие и местные осложнения, обусловленные острой ишемией при турникетной травме, способствует более благоприятному течению раневого процесса.

САМОДАЙ В.Г., ЛАКАТОШ К.О., ГРЕЧИХИН О.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
Воронежская областная клиническая больница № 1,
г. Воронеж

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА «ЛАНЦЕТ-1» В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВОЙ РАНЫ

Ожоги ЗБ-4 степени приводят к формированию ожогового струпа и нуждаются в хирургическом лечении. Методом выбора является ранняя некрэктомия с одномоментной, по возможности, кожной пластикой. В случае, когда данная тактика не представляется возможной (позднее обращение в стационар, тяжелое состояние больного, перифокальное воспаление, термоингаляционная травма и т.д.) проводится поэтапное удаление ожогового струпа на перевязках, в том числе с помощью химической (с использованием мази 40 % салициловой кислоты) некрэктомии.

Нередко отторжение струпа в различных участках раны происходит не одновременно. Имеются участки некротической ткани, удерживаемые устойчивыми к аутолизу соединительно-тканными волокнами. Сроки очищения и подготовки гранулирующих ран к кожной пластике увеличиваются. Кроме того, при наличии обширных или расположенных в разных участках тела ран степень их готовности к оперативному лечению различна. Нередко локальная рана, наряду с «сочными», мелкозернистыми грануляциями, имеет зоны с выраженной экссудацией, пленками фибрина.

Нами было предложено использовать хирургический CO_2-лазер «Ланцет-1» при подготовке раны к аутодермопластике. Участки раны, являющиеся сомнительными для приживления кожи, обрабатывались расфокусированным пучком лазера с использованием сканера в непрерывном, импульсном и суперимпульсном режимах. Наблюдался эффект испарения тканей и обнажения под ними грануляций. Кроме того, происходило

уменьшение бактериальной обсемененности раны, что подтверждено результатами бактериологического посева.

Пролечены 28 больных с ограниченными глубокими ожогами площадью от 0,5 % до 6 % поверхности тела, в возрасте от 19 до 81 года, из них 17 мужчин (60,7 %) и 11 женщин (39,3 %). У 20 больных пересадка кожи произведена сразу после лазерной абляции ран на всю раневую поверхность. Полное приживление кожи наблюдалось в 15 случаях (75 %) и больные выписывались из стационара на 4-6 день после операции. В 5 случаях (25 %) произошел частичный лизис лоскута. В дальнейшем рана заживала либо вторичным натяжением, либо после полного очищения выполнялась повторная кожная пластика. В 8 случаях достичь полного очищения раны не удалось, и аутотрансплантантами закрывались только подготовленные раны.

Использование хирургического CO_2-лазера «Ланцет-1» для обработки раны перед аутодермопластикой позволяет сократить предоперационный койко-день, уменьшить бактериальную обсемененность раны, улучшить условия для приживления трансплантата, сократить страдания больного и ускорить сроки восстановления трудоспособности.

СЕЙДАЛИН Н.К., КАИРОВ Г.Т., ПУШКАРЕВ С.В., УДУТ В.В.
Новосибирская государственная медицинская академия, г. Новосибирск,
ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ НЕОАДЪЮВАТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ ЦАФ

У 30 женщин в возрасте 42-64 лет изучены характер и глубина нарушений функционального взаимодействия составляющих звеньев системы РАСК при проведении неоадъювантной химиотерапии по поводу рака молочной железы (T0-3; N0-2; M0) по схеме ЦАФ: циклофосфан в дозе 200 мг/м^2 внутримышечно ежедневно в течение 14 дней + доксорубицин в дозе 40 мг/м^2 внутривенно в 1-й и 8-й дни + фторурацил в дозе 750 мг/м^2 внутривенно в 1-й и 8-й дни лечения.

Характер функционального взаимодействия коагуляционного звена системы гемостаза и суммарной литической активности (СЛА) крови больных РМЖ оценивали по данным тромбоэластографии (ТЭГ) в условиях сниженной контактной активации дважды: до- и после двукратной локальной гипоксии верхней конечности – функциональной пробы, разработанной Тютриным И.И. с соавт. (1985).

Оценку функционального состояния коагуляционного звена системы гемостаза и СЛА крови проводили до начала химиотерапии, на 2-е, 9-е и 15-е сутки (через 24 часа после окончания курса химиотерапии). В качестве контроля использованы показатели ТЭГ 30 здоровых женщин. Результаты обработаны в среде «Statistica-VI» с использованием t-критерия Стьюдента.

Установлено, что у больных РМЖ состояние системы гемостаза до начала лечения характеризуется активацией коагуляционного компонента системы гемостаза с развитием состояния гиперкоагуляции и ослаблением СЛА крови, при сравнении с исследуемыми показателями контрольной группы.

В ответ на пробу у здоровых женщин выделены 2 гемостазиологических типа реакции исследуемых систем, условно обозначенных как компенсированный и субкомпенсированный, регистрируемые в 86,7 % и 13,3 % наблюдений, соответственно. Компенсированный тип реагирования характеризовался гипокоагуляцией и достоверным усилением СЛА крови, что свидетельствовало об адекватном функциональном взаимодействии свертывающей и суммарной литической активности крови и достаточных резервных возможностях последней.

Отличительной особенностью субкомпенсированного типа реакции был гиперкоагуляционный сдвиг гемостатического потенциала на фоне повышения СЛА крови, что отражало рассогласование функционального взаимодействия свертывающей и суммарной литической активности крови, проявляющееся в снижении резервных возможностей СЛА крови. У больных раком молочной железы (РМЖ) до начала химиотерапии, в ответ на функциональную пробу компенсированный тип выявлен у 13,3 % обследованных, субкомпенсированный – у 50 % женщин и в 36,7 % случаях установлен патологический – декомпенсированный тип реакции исследуемых систем.

Декомпенсированный тип характеризовался резко выраженной гиперкоагуляцией и достовер-

ным снижением СЛА крови, что демонстрировало «истощение» резервных возможностей суммарной литической активности крови. Анализ динамики распределения типов реакций у больных РМЖ при проведении неоадъювантной ЦАФ-химиотерапии показал, что на 2-е сутки лечения компенсированный тип реакции выявлен у 10 % больных, субкомпенсированный – у 23,3 % обследованных, декомпенсированный – у 66,7 % женщин.

На 9-е сутки проведения химиотерапии компенсированный тип реакции не выявлен; субкомпенсированный регистрировали у 26,7 % женщин, декомпенсированный – у 73,3 % женщин. На 15-е сутки обследования компенсированный тип реакции у больных РМЖ не выявлен. Вместе с тем, субкомпенсированный тип регистрировали у 13,3 % женщин, декомпенсированный – у 86,7 % обследованных.

Таким образом, при выявлении у больных РМЖ субкомпенсированного типа реакции коагуляционного звена системы гемостаза, проводится курс неоадъюватной полихимиотерапии по схеме ЦАФ, который необходимо дополнять профилактическим назначением антикоагулянтов прямого действия, предпочтительнее низкомолекулярных гепаринов. У больных РМЖ с декомпенсированным типом реакции исследуемых систем назначение низкомолекулярных гепаринов должно предшествовать началу неоадъювантного курса полихимиотерапии по схеме ЦАФ.

СИГАРЕВ А.М., БАСОВ В.З.
Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации,
Областная клиническая ортопедо-хирургическая больница восстановительного лечения,
г. Прокопьевск

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ, НЕРВОВ, МЫШЦ И СОСУДОВ НА ФОНЕ ОБШИРНЫХ РУБЦОВ КИСТИ И ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Основной причиной неудовлетворительных результатов восстановительных операций на сухожилиях, нервах и мышцах на фоне недостаточного кровоснабжения кисти и предплечья после их сочетанных и комбинированных повреждений (размозжения, сдавления, флегмоны, электроожоги) является рубец на месте травмы или инфекционного процесса. В этом мы убедились после изучения исходов лечения 42 больных с тяжелыми последствиями повреждений сухожилий сгибателей, нервов и мышц на уровне кисти и предплечья.

Все больные были с дефектами сухожилий сгибателей кисти и (или) предплечья. Преобладали пациенты, которым ранее проводились санирующие оперативные вмешательства после тяжелых повреждений (ранения циркулярной пилой, сдавления, электроожоги 3-4 степени, последствия гнойных процессов).

Больные были распределены на две группы. В первую группу вошли 35 пациентов, которым была проведена свободная тендопластика сгибателей и восстановление нервов по общепринятой методике. У этих больных мы наблюдали сращение сухожильных трансплантатов с окружающими тканями, за счет которых происходила их реваскуляризация. Но, с другой стороны, пролиферация соединительной ткани вокруг сухожильных трансплантатов, по нашим данным, в 85,7 % случаев (30 пациентов) привела к нарушению их скольжения и формированию стойкой сгибательной контрактуры пальцев. Несмотря на проведение в послеоперационном периоде лечебной физкультуры, рассасывающей терапии, всем больным потребовалось повторное проведение тенолиза и невролиза.

Вторую группу составили 7 человек, которым после тендопластики дополнительно было сформировано сухожильное влагалище путем трансплантации кровоснабжаемого фасциального аутотрансплантата на боковой артерии грудной клетки либо на фасциальных ветвях грудоспинной артерии. У больных этой группы используемая методика позволила в значительной степени предотвратить образование рубцовых сращений сухожилий с окружающими тканями и избежать проведения повторных оперативных вмешательств. У 6 оперированных больных получены положительные функциональные результаты, у одного располагаем только ближайшим исходом.

Работа продолжается. Наблюдения позволяют сделать вывод, что рациональное сочетание методов традиционной пластической хирургии и способов восстановления тканей с применением микрохирургической техники позволяет добиться более эффективных результатов при лечении тяжелых последствий повреждений кисти и предплечья. Предложенная методика позволяет эффективно бороться с рубцовообразованием путем улуч-

шения кровоснабжения на месте оперативного вмешательства. Восстановление скользящего аппарата сухожилий определяет положительный эффект реабилитационных мероприятий.

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

О РОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАНАЛА СПИННОГО МОЗГА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Центральный канал спинного мозга (ЦКСМ) – древнейшее анатомическое образование в организме животных, являющееся в онтогенезе зачатком центральной нервной системы. У человека ЦКСМ располагается по всей длине внутри спинного мозга (Шевкуненко И.Н., 1947; Радостина Т.Н.,1963). Вверху он переходит в полость четвертого желудочка головного мозга. Синельников Р.Д. (1963) пишет, что вход в ЦКСМ располагается кзади от писчего пера под задвижкой, obex – концевым участком нижнего края крышки четвертого желудочка, которая перекрывает место перехода срединной борозды ромбовидной ямки в ЦКСМ. Каудально ЦКСМ слепо заканчивается в области верхних отделов мозгового конуса на уровне первого поясничного позвонка, где канал расширяется в конечный желудочек, называемый также терминальным или желудочком Краузе (Воробьев В.П., Синельников Р.Д., 1948).

Функциональное значение ЦКСМ не часто привлекало внимание исследователей. Было замечено, что с возрастом ЦКСМ суживается, местами совсем зарастает, а после 40 лет в 93 % случаев перестает быть сплошным каналом (Курковский В.П.). Однако у 7 % людей просвет ЦКСМ сохраняется, что указывать на его функционирование. О физиологическом значении ЦКСМ имеются лишь единичные сообщения. Так, электронно-микроскопические исследования спинного мозга кошки указали на выполнение ЦКСМ абсорбционной, транспортной и секреторной функций и на участие его в динамике спинномозговой жидкости (Кованова К.В., Луцик А.В., 1987). Сообщений же о роли ЦКСМ в патогенезе закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) мы не встретили.

В целях расширения возможностей изучения ЦКСМ и разработки новых способов диагностики и лечения, в 1990 году изобретен способ исследования центральной нервной системы (патент РФ № 2033753). Изучая ЗЧМТ с внутричерепными кровоизлияниями в эксперименте на собаках, при морфологических исследованиях было обращено внимание на состояние ЦКСМ и выявлено, что у большинства животных, которые выжили, даже в отдаленные сроки после получения травмы, в отличие от погибших, отмечено расширение ЦКСМ, порой до значительных размеров.

Результаты проведенных исследований на животных привели к предположению об участии ЦКСМ в патогенезе ЗЧМТ. При такой травме, в результате обратимой костно-черепной деформации, происходит уменьшение полости черепа и сжатие желудочков головного мозга. Несжимаемая спинномозговая жидкость гидравлическим толчком устремляется из желудочков головного мозга в просвет ЦКСМ и далее в терминальный желудочек спинного мозга, вызывая расширение их. Очевидно, терминальный желудочек спинного мозга, имея больший просвет и расширяясь, может вмещать более значительный объем жидкости, амортизируя этим повреждающее воздействие кратковременного гидравлического удара спинномозговой жидкости на головной мозг.

Изменения в ЦКСМ при ЗЧМТ и выживаемость животных при функционирующем и расширенном ЦКСМ наводит на мысль о гипотезе, что ЦКСМ является одной из биологических конструкций, которая в критических для организма ситуациях, связанных с резким кратковременным повышением внутричерепного ликворного давления, обеспечивает снижение повреждающего воздействия травмы на функционально наиболее важный для организма орган – головной мозг с целью обеспечения сохранения жизни животного. Такое представление о функции одной из созданных биологических конструкций в центральной нервной системе, безусловно, нуждается в более углубленном изучении.

Результаты наших исследований головного и спинного мозга и состояния ЦКСМ при закрытой черепно-мозговой травме и после субарахноидальных кровоизлияний привели к исключающему операционную травму головного мозга изобретению способа лечения окклюзионной гидроцефалии (патент РФ № 2113822), а затем к созданию оригинального хирургического способа лечения гидроцефалии (патент РФ № 98116554). Дальнейшее

исследование функций ЦКСМ может оказаться полезным для разработки новых эффективных способов диагностики и лечения больных с различной патологией центральной нервной системы.

ТОЛСТЫХ А.Л., САМОДАЙ В.Г.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ,
г. Воронеж

МЕТОДИКА ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ НЕСВЕЖИХ И ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

В настоящее время существует более 50 способов вправления свежих вывихов плеча. Однако большое число их, как справедливо отмечает Бабич Б.К. (1951), свидетельствует не об отсутствии совершенного общепринятого метода, а служит доказательством недостаточного внимания хирургов к особенностям патогенеза и морфологии вывихов плеча и, как следствие этого, неправильного подхода к акту вправления (Краснов А.Ф., Ахмедзянов Р.Б., 1982).

Особенностью патогенеза и морфологии несвежих и застарелых вывихов плеча является приводящая десмогенная контрактура и, как следствие, частичное заполнение рубцовой тканью полости плечевого сустава.

Вправление производится под наркозом с применением миорелаксантов, хирургу в процессе репозиции должна «сопротивляться» только рубцовая ткань. Наряду с наркозом, под акромиальный отросток с уклоном иглы снаружи-кнутри к суставной площадке лопатки, вводится до 150 мл 0,25 % раствора новокаина. Этим приемом достигается гидропрепаровка мягкотканых образований плечевого сустава.

На кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ ВГМА разработан способ вправления вывихов плеча (патент № 2173547, 1999 г.), осуществляемый следующим образом: хирург одной рукой захватывает лучезапястный сустав поврежденной конечности и осуществляет вытяжение верхней конечности, совмещая оси плечевого сустава и плечевой кости. Кистью другой руки фиксирует область акромиально-ключичного сочленения на больной стороне.

При этом хирург осторожно раскачивает головку плечевой кости с целью максимального растяжения и высвобождения ее из рубцовой ткани, производя редрессацию мягкотканых образований плечевого сустава. Данная манипуляция осуществляется путем постепенного увеличения амплитуды отведения и приведения плеча к туловищу, сгибания и разгибания, добиваясь при этом отведения вывихнутой конечности до угла примерно 145° во фронтальной плоскости.

После появления движений в плечевом суставе, хирург совмещает вытяжение по оси плеча и плечевой кости отведенной верхней конечности с давлением пальцами второй руки на головку плеча, при этом продолжаются качательные движения во фронтальной плоскости с добавлением движения до угла приблизительно 100-110° кпереди. Образующийся рычаг с постоянным давлением на головку плеча и маховые движения верхней конечностью способствуют скатыванию головки плеча в суставную впадину лопатки по небольшой дуге снизу вверх, огибая клювовидный отросток.

После приведения плеча в несвежих и застарелых случаях рекомендуется осуществлять по его оси ротационные движения в пределах 15-20° для расправления и редрессации капсулы плечевого сустава. На операционном столе головка плечевой кости фиксируется спицей к суставной поверхности лопатки на 1-2 суток. После удаления спицы осуществляется иммобилизация гипсовой лангетой на 3-4 недели. По окончании срока иммобилизации проводится стандартный курс реабилитационного лечения.

ТОЛСТЫХ А.Л., БЫКОВ Э.Г., САМОДАЙ В.Г.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ

Разработаны системы повышения эффективности оперативного лечения переломов длинных трубчатых костей на основе сочетания остеосинтеза и озонотерапии (введения < 500 мкг/л озонированного физиологического раствора). Изучены эффекты озонотерапии при лечении больных с переломами бедра, голени, плеча, предплечья, сочетанной и множественной травмы.

Озонотерапия начинается на 2-3 сутки после выполнения операции, продолжается до 14 суток. Введение озонированного изотонического раствора натрия хлорида изменяет клиническую картину в лучшую сторону. Уровень отека и болевых ощущений снижается на 2 сутки. Формируется большая мобильность больных, повышается качество их жизни. Осуществляются навыки самообслуживания при переломах трубчатых костей верхних конечностей на 2 неделе. Опороспособность нижних конечностей восстанавливается через 3 месяца. Возможности функционального восстановления формируются на 68 сутки в случае множественных травм. Реабилитация в более ранние сроки, по сравнению с 7-8 месяцами при ограниченных функциональных возможностях и длительной потере трудоспособности после общепринятой тактики оперативного лечения.

В основе столь выраженных клинических эффектов озонотерапии лежит системное улучшение трофического обеспечения тканей в зоне перелома и стимуляция регенераторного процесса на фоне местной гипероксии в связи с диссоциацией молекул озона и перекиси водорода после введения озонированного изотонического раствора натрия хлорида. Результаты клинических, рентгенологических, экспериментально-морфологических, гистохимических и системных математических исследований, выполненных в этой области, указывают на более раннее формирование костной мозоли, консолидацию отломков, что рассматривается как основа раннего восстановления функциональной активности конечности.

При этом, отсутствуют осложнения воспалительного и невоспалительного характера. При однозначных морфологических признаках улучшения васкуляризации и стимуляции ангиогенеза изменяется структура клеточно-тканевого комплекса мозоли и вместо традиционного сочетания обильных масс хряща, грубоволокнистой кости и грубых коллагеновых пучков появляется ассоциация, для которой примечательна быстрая регрессия хряща, стимулированный фибриллогенез и формирование масс пластинчатой кости с хорошо развитыми остеонами.

Одновременно источники регенерации костной ткани расширяются за счет стимуляции клеток эндооста и высокой пролиферации субпериостальных камбиальных элементов концов костных отломков. Массы остеобластов, выселяющихся из этой области, распределяются на периферии тяжей грубоволокнистой кости, трансформируются в остеоциты. Осуществление этих процессов происходит при изменении биосинтеза гиалуроновой кислоты и ликвидации признаков мезенхимальной дистрофии в виде отложения в матриксе костной ткани сульфатированных кислых гликопротеинов и накопления гиалуроновой кислоты.

Фибриллогенез в образующейся костной мозоли связан с быстрым замещением дегенерирующих масс грубоволокнистого коллагена и ретикулина молодыми коллагеновыми волокнами. В просвете костномозгового канала определяются жизнеспособные элементы миелоидной ткани.

Озонотерапия блокирует выраженность и распространение субпериостального отека, накопление жировой ткани в периостальном интерстиции на фоне редукции фибротических изменений периостального эндомизия.

ТОЛСТЫХ А.Л., САМОДАЙ В.Г., ЛЕТНИКОВ А.Н.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронежская областная клиническая больница № 1, г. Воронеж

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

Ежегодно в Воронежской областной клинической больнице № 1 оперируются от 3 до 5 больных с застарелым вывихом плеча (ЗПВ). Статистические показатели говорят об относительной редкости оперативного вправления ЗПВ, и в то же время о стабильной периодичнос-

ти таких вмешательств. Проблема остается решенной не до конца, как в медицинском, так и в социальном аспекте.

На кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ ВГМА, отделении травматологии ВОКБ № 1 разрабатывается оптимальная технология открытого вправления ЗПВ. На сегодняшний день методика заключается в следующем: операции производятся под эндотрахеальным наркозом. Больной находится в положении «на спине». После обработки операционного поля производится разрез 7-8 см в проекции латерального края клювовидного отростка (КО) вдоль волокон дельтовидной мышцы. Передняя группа волокон дельтовидной мышцы, по возможности, расслаивается.

Выделяется апикальная часть КО, в котором просверливается канал и нарезается резьба под винт d = 3,5-4,5 мм. КО мобилизуется и отсекается на 1,5 см от его верхушки. После этого отводится крючками кнутри и книзу. При этом открывается капсула сустава, рубцы и головка плеча. На следующем этапе один из ассистентов умеренно ротирует плечевую кость кнаружи, выделяя малый бугорок. Сухожилие подлопаточной мышцы отсекается от кости. По верхнему контуру головки частично вскрывается капсула сустава.

Появляется возможность введения широких элеваторов за суставную поверхность головки плеча, анатомическую или хирургическую шейку с ее внутренней стороны. Головка плеча поднимается элеваторами и отводится кнаружи. На дне раны проецируется суставная впадина головки. Удаляются рубцы, мешающие вправлению.

После подготовки плечевого сустава, головка плеча вновь поднимается элеваторами, и помощник приводит локтевой сустав к туловищу с ротацией его сначала кнаружи, потом кнутри. Таким образом, осуществляется вправление головки плеча в подготовленную суставную впадину лопатки. Достигнутое положение закрепляется 2 спицами, проведенными трансартикулярно через головку в суставную поверхность лопатки для удержания ее в положении отведения до угла 25-30°, что предупреждает ее релюксацию. Длительность фиксации головки плеча к суставной поверхности лопатки отражается на последующей тугоподвижности плечевого сустава. Сокращение сроков фиксации головки плечевой кости угрожает релюксацией в «привычное» место в застарелых случаях.

Выбор оптимального решения представляется в костной аутопластике передненижнего края суставного отростка лопатки, особенно при повреждениях типа Банкарта. Костный трансплантат берется из гребня подвздошной кости соответственно форме передненижнего края суставного отростка лопатки и фиксируется 2 винтами к шейке лопатки. Край костного трансплантата выступает над суставной поверхностью около 3-4 мм, совмещая артрориз с увеличением площади сочленения головки плечевой кости и лопатки. Длительность трансартикулярной фиксации головки плеча может быть сокращена в этих случаях до одних суток и предполагает ранние пассивные, а затем и активные движения в поврежденном суставе.

После фиксации головки подлопаточная мышца подшивается к малому бугорку трансоссальными лавсановыми швами. Восстановление целостности ротаторов плеча является основой успешной реабилитации больного. Фрагмент клювовидного отростка вновь устанавливается на место и фиксируется стягивающим винтом или подшивается лавсановым трансоссальным швом, который особенно показан при возможной фрагментации апикальной части.

ТЕХНИКА ЛАВСАНОВОГО ШВА КЛЮВОВИДНОГО ОТРОСТКА

В культе клювовидного отростка сверлом d = 2 мм сверху вниз просверливается канал, через который проводится снизу вверх сдвоенная лавсановая лигатура в виде петли. Концы петли используются для прошивания мест прикрепления мышц к апикальной части клювовидного отростка. Внутренняя пара пропускается через петлю и завязывается с оставшейся парой. Предложенный способ фиксации получил широкое распространение в ВОКБ № 1. Послеоперационная рана промывается растворам антисептиков и послойно зашивается.

Наложение гипсовой повязки сразу после наркоза затруднительно. Удобнее это делать на следующий день. Внешняя иммобилизация добавляется ватно-марлевыми кольцами с эластичной тягой в задневерхнем отделе сустава или к передненижней поверхности поврежденного сустава подбинтовывается поролоновый пилот, который своим давлением способствует облитерации полости сформировавшейся подвывихнутой головкой.

Операция подготавливает основу для достижения хорошего анатомического результата, а желаемый успех зависит от применения комплекса мероприятий, проводимых на всех этапах хирургического лечения.

ТОРГУНАКОВ С.А., ТОРГУНАКОВ А.П.
МУЗ Городская клиническая больница № 2,
Кемеровская государственная медицинская академия
г. Кемерово

НОВЫЕ МЕЖСИСТЕМНЫЕ ВЕНОЗНЫЕ АНАСТОМОЗЫ: ОБОСНОВАНИЕ

Венозные анастомозы между портальной системой и системой нижней полой вены применяются для лечения артериальной и портальной гипертензии, хронического гепатита, гликогенозов и сахарного диабета. Некоторые из них оказались недостаточно обоснованными с точки зрения местной гемодинамики, что ведет к осложнениям. Так, дистальный сплено-ренальный венозный анастомоз Warren (СРВА) оказался тромбоопасным из-за венной почечной гипертензии и, как нами показано ранее, из-за возможного в 63,2 % случаев перегиба вены в зоне анастомоза в силу разной смещаемости поджелудочной железы и левой почки.

Цель исследования – разработать альтернативные СРВА варианты межсистемных венозных анастомозов и изучить их выполнимость в сравнительном аспекте.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анатомо-хирургические исследования проведены на 111 трупах взрослых людей. Путем анатомической препаровки выделялись притоки воротной вены и ее начальный отдел, левая почечная вена с притоками. Проводилось изучение ширины вен у их устий, зарисовки взаиморасположения вен в натуральную величину. Кроме того, на 26 трупах выполнена рентгеновазография с введением контрастного вещества в притоки почечной и воротной вен одновременно.

Использованы данные о состоянии изучаемых сосудов и их взаиморасположении, полученные при формировании левостороннего рено-портального венозного анастомоза (РПВА) у 50 взрослых больных с хроническим гепатитом и сахарным диабетом. Во время анатомо-хирургического исследования, изучения рисунков и рентгеновазограмм моделировалось формирование РПВА-1 («конец в конец»), РПВА-2 («конец в бок»), СРВА-1 («конец в бок»), СРВА-2 («конец в конец»), сплено-ренальная венозная транспозиция (СРВТ), сплено-кавальный венозный анастомоз (СКВА).

Условиями, позволяющими выполнение анастомозов по типу «конец в конец», считались: ширина приносящей вены не должна превышать ширину отводящей более чем на 2 мм, а отводящая не должна быть шире приносящей более чем на 5 мм; недостающую длину вены можно восполнить венозным аутотрансплантатом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что ширина корневых притоков воротной вены и левой почечной у взрослых людей не зависит от половой принадлежности, закономерностью слияния вен воротной системы является превышение ширины двух сливающихся вен над шириной отводящей не более чем в 1,2-1,5 раза. При СРВА-1 эта величина, в среднем, составляет 1,7. Кроме постоянных притоков – надпочечниковой и гонадной вен – левая почечная вена в 39,2 % случаев имеет поясничные коммуниканты шириной от 0,2 до 1,0 см, которые в 24 % случаев вместе могут обеспечить кровоотток из почки при пережатой вене, что установлено в клинике при формировании РПВА.

На выполнимость анастомозов оказывает влияние взаиморасположение селезеночной и левой почечной вен по вертикали. Если почечная вена расположена выше селезеночной, рено-портальные и сплено-ренальные анастомозы невыполнимы. В таких случаях в 100 % выполним СКВА. Частичное или полное совпадение вен и расположение почечной вены ниже селезеночной существенно не влияют на частоту выполнения рено-портальных и сплено-ренальных анастомозов. СКВА выполним в случаях расположения почечной вены ниже селезеночной в 76,3 % ($p < 0,001$).

Дефицит хирургической длины селезеночной вены или общего ствола ее с нижней брыжеечной веной для создания СКВА колеблется в пределах 2,5-7,0 см, составляя, в среднем, $4,1 \pm 0,04$ см; большей длины трансплантата-вставки не требуется ни при одном из изучаемых венозных анастомозов. По данным рентгеновазограмм, СКВА с имплантацией удлиненной селезеночной вены в нижнюю полую выше почечной вены возможен в 52 % случаев.

По частоте выполнимости, в порядке убывания, венозные анастомозы располагаются следующим образом: РПВА-2 (90,7 %), СРВА-1 (75,8 %), СРВА-2 (55,2 %), СРВТ (52,1 %), СКВА (42,8 %), РПВА-1 (42,2 %). В 6,2 % случаев выполнение какого-либо анастомоза оказалось невозможным из-за аномалий вен или крайних вариантов их расположения, ожирения, сращений в зоне мобилизации вен.

При мезоморфном типе телосложения выполнимость РПВА-1, РПВА-2, СРВА-2, СРВТ, СКВА достоверно выше ($p < 0,02$-$0,001$), а выполнимость

СРВА-1 – ниже ($p < 0,01$), чем при долихоморфном и брахиморфном типах телосложения.

Вариант формирования воротной вены с образованием общего ствола селезеночной и нижней брыжеечной вен является наиболее благоприятным для анастомозов по типу «конец в конец» (РПВА-1 и СРВА-2), при нем выполнимость этих анастомозов достигает от 67,1 до 72,9 % ($p < 0,001$). Сопоставимость ширины вен такова, что позволяет сформировать РПВА-1 с общим стволом селезеночной и нижней брыжеечной вен в 48,2 % случаев, с селезеночной – только в 6,6 % ($p < 0,05$), а СРВА-2 – в 71 % ($p > 0,1$) и в 35,5 % ($p < 0,01$) случаев, соответственно. Выполнимость СРВА-2 выше, чем РПВА-1, преимущественно за счет большей частоты использования селезеночной вены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанные новые межсистемные венозные анастомозы повышают частоту выполнимости их в оптимальном варианте для каждого случая. Хирург должен быть готов к альтернативным операциям при невыполнимости подходящего венозного анастомоза.

ФЕДОРОВ М.Ю., АГАДЖАНЯН В.В., НОВОКШОНОВ А.В., НИКОЛАЕВ А.С., ЕЛИСТРАТОВ О.Б., ВАНЕЕВ А.В., НОВОКШОНОВ Е.А.
ФГЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

ЭНДОКРАНИОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

Цель работы – разработка комплексной системы диагностики, лечения и профилактики интракраниальных осложнений с использованием лечебно-диагностической эндокраниоскопии, эффективных методов рационального дренирования и санации мозговых ран у больных с травматическими внутричерепными гематомами, направленных на повышение качества жизни и снижение летальности.

Настоящая работа основана на анализе лечения 282 больных с ушибами головного мозга со сдавлением. Все пострадавшие были распределены на две группы в зависимости от методов лечения. Основную группу составили 134 пациента, которым в комплексном лечении применялась эндокраниоскопия. У 148 пациентов контрольной группы эндокраниоскопия не проводилась, внутричерепные гематомы удалялись классической методикой. Преимущественно пациенты были молодого и среднего возраста. В фазе компенсации были 18,7 % пациентов в основной и 16,2 % в контрольной группе, в фазе субкомпенсации – 43,3 % и 43,2 %, соответственно, в фазе декомпенсации – 38 % в основной и 40,6 % в контрольной группе.

Всего выполнено 154 эндокраниоскопий у 134 пациентов. Показанием к проведению эндокраниоскопии являлось сдавление головного мозга травматическими внутричерепными гематомами. Эндокраниоскопия у 95 пациентов с оболочечными гематомами заканчивалась пассивно-отточным дренированием эпидурального или субдурального пространства. У 39 пациентов после удаления внутримозговых гематом оперативное лечение заканчивалось дренированием мозговой раны, санация осуществлялась до полного очищения промываемых пространств.

29 больным (14 пациентам в основной группе и 15 пациентам в контрольной группе) проведена импедансометрия головного мозга после имплантации внутримозговых электродов во время оперативного вмешательства. Сравнительный анализ значений модуля сопротивления мозговой ткани пораженного полушария показал значительное снижение гипергидратации клеток ткани мозга у пациентов основной группы в период с 2-х по 8-е сутки, что подтверждалось увеличением значений модуля сопротивления в 1,3 раза относительно контрольной группы. Данная динамика отражала процесс уменьшения отека пораженного полушария головного мозга.

У больных контрольной группы значения модуля сопротивления оставались в зоне низкого сопротивления, характерного для стабильного отека пораженного полушария головного мозга. Число осложнений в виде развития вторичных очагов деструкции уменьшилось с 14,9 % до 9 %, койко-день уменьшился в 1,4 раза, по сравнению с пострадавшими с традиционными методами лечения травматических внутричерепных гематом.

Летальность в основной группе не превышает летальности в контрольной группе. Для определения сроков восстановления трудоспособности, 89 больных (66,4 %) основной и 94 больных (63,5 %) контрольной групп были осмотрены в течение 12 месяцев после выписки из стационара. Восстановление трудоспособности наблюдали у 29,2 % пострадавших основной группы и у 24,5 % пострадавших в контрольной группе.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что применение эндокраниоскопии снижало травматическую агрессию оперативного вме-

шательства, привело к уменьшению сроков стационарного лечения и является эффективным методом в лечении внутричерепных травматических гематом.

ХИТРИХЕЕВ В.Е., ГОРБАЧЕВ Н.Б., ГОМБОЖАПОВ Э.З.,
ОЧИРОВ Ж.Б., ЦЫБЖИТОВ Б.В., КИМ Е.К., ПЕТРУНОВ А.И.
Бурятский государственный университет,
Городская больница скорой медицинской помощи,
г. Улан-Удэ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Острый панкреатит в настоящее время является одной из наиболее важных проблем экстренной хирургии. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании патогенетически обоснованной интенсивной терапии, антибиотикотерапии и миниинвазивных методов хирургического лечения, общая летальность сохраняется на одном уровне, составляя от 3,9 до 21 %.

Проанализированы результаты комплексного лечения больных острым панкреатитом, получавших стационарное лечение в ГК БСМП г. Улан-Удэ за период 1996-2004 гг. В 1996 г. на лечении находились 95 больных (7,5 %), в 1997 г. – 145 (7,5 %), в 1998 г. – 156 (9 %), в 1999 г. – 176 (8,5 %), в 2000 г. – 200 (10 %), в 2001 г. – 209 (10,7 %), в 2002 г. – 272 (13 %), в 2003 г. – 255 (12,5 %), в 2004 г. – 250 (11 %). Всего 1758 больных или 10 % от общего количества поступивших в хирургический стационар.

Наблюдается увеличение числа больных молодого и трудоспособного возраста: до 20 лет поступило 57 пациентов (3,4 %), 21-40 лет – 752 пациента (42,7 %), 40-60 лет – 706 больных (40,1 %), старше 60 лет – 243 пациента (13,8 %). Наблюдается поздняя госпитализация больных свыше 24 час – 1016 больных (57,7 %), что сказалось на эффективности и результатах лечения.

Всем больным проводилась интенсивная комплексная терапия, согласно разработанным стандартам. Проводимая терапия оказалась эффективной и привела к выздоровлению без оперативного вмешательства у 1540 больных (87,6 %). Ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии и дальнейшего ухудшения состояния были оперированы 218 больных, что составило 12,4 %. Лапароскопия, дренирование брюшной полости: в 1996 г. – 4, в 1997 г. – 6, в 1998 г. – 5, в 1999 г. – 7, в 2000 г. – 2, в 2001 г. – 7, в 2002 г. – 8, в 2003 г. – 7, в 2004 г. – 8, всего 52 чел. (23,8 %).

Лапаротомия, санация и дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, по годам: 2, 4 (умерли 2 чел.), 4, 4, 9 (1), 3 (1), 8, 11, 7 (1), всего 47 чел., из них 5 человек умерли. Лапаротомия, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, по годам: 5 (1 чел. умер), 7 (2), 8 (1), 7 (1), 6 (1), 7 (1), 4 (1), 5 (3), всего 49 чел., из них 11 человек умерли. Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому, корпорокоудальная резекция поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости: в 1998 г. – 2 чел. (оба умерли), в 2002 г. – 3 чел. (1 умер), в 2003 г. – 2, в 2004 г. – 1, всего 8 чел., умерли 3 человека. Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, Холстеду, сальниковой сумки, брюшной полости: в 1996 г. – 3 чел., в 1997 г. – 6 (1 умер), в 1998 г. – 8 (2), в 1999 г. – 4 (1), в 2000 г. – 8 (2), в 2001 г. – 4, в 2002 г. – 6 (2), в 2003 г. – 9 (1), в 2004 в. – 8, всего 56 чел., умерли 9 человек.

Всего прооперированы 218 человек. Послеоперационная летальность составила 28 чел. (12,8 %). Послеоперационная летальность обусловлена явлениями нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности при деструктивных формах панкреатита.

Таким образом, по данным хирургического отделения ГК БСМП, в структуре экстренной хирургической патологии отмечается тенденция ежегодного увеличения больных острым панкреатитом. В лечении оправдала себя консервативно-выжидательная тактика: в ранней фазе заболевания проводилась интенсивная консервативная терапия, направленная на купирование патологического процесса в поджелудочной железе, выведение больного из состояния панкреатогенной токсемии, предотвращение и лечение панкреатогенного шока. Результаты хирургического лечения зависели от распространенности и глубины некроза, времени проведения операции и тяжести сопутствующих заболеваний.

ХОХЛОВ К.С., БАРАНОВ А.И., ХАЛЕПА В.И., АЛИПБЕКОВ С.Б.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

До настоящего времени проблема хирургического лечения паховых грыж остается актуальной, что связано с широкой распространенностью заболевания и значительным количеством рецидивов (до 10 %).

В ГКБ № 1 г. Новокузнецка, на базе планового хирургического отделения, за 2003-2004 годы выполнены 270 оперативных вмешательств по поводу паховых грыж. Среди оперированных больных было 249 мужчин (92,2 %) и 21 женщина (7,8 %) в возрасте от 16 до 86 лет, в среднем 54,5 года. Двусторонние грыжи выявлены у 10 больных (3,7 %), левосторонние – у 24 (45,9 %), правосторонние – у 136 (50,4 %). Рецидивные паховые грыжи были у 21 пациента (7,8 %), косые – у 145 (53,7 %), прямые – у 104 (38,5 %). Операции выполнялись квалифицированными хирургами со стажем работы более 7 лет, имеющими значительный опыт в герниологии.

Натяжная герниопластика выполнена 85 больным (31,5 %), с использованием полипропиленовой сетки – 185 (68,5 %), соотношение 1 : 2. При натяжной герниопластике использовались способы: Бассини (1), Жирару-Спасокукоцкому (16), только у женщин, по Кукуджанову (67). При ненатяжной пластике по Лихтенштейну, придерживаемся стандартной методики с тщательным выделением всех анатомических образований пахового канала, скрупулезным гемостазом. Особенностью выполняемой методики является ушивание поперечной фасции по Иоффе и фиксация нижнего края сетки в медиальном углу к верхней лобковой связке.

Послеоперационные осложнения возникли у 14 больных (5,1 %): орхиты – 6, подкожные гематомы – 3, серомы – 3, пневмонии – 2. После натяжной герниопластики осложнения встретились у 5 пациентов, после операции по Лихтенштейну – у 9. Средний послеоперационный койко-день составил 8,2.

Больные, оперированные с использованием полипропиленовой сетки, при выписке из стационара были ориентированы на обращение в плановое хирургическое отделение ГКБ № 1 в случае возникновения рецидива. Среди анализируемой группы у 1 больного (0,5 %) был установлен рецидив заболевания после операции по Лихтенштейну.

ВЫВОДЫ:

1. Использование полипропиленовой сетки в герниопластике паховой грыжи не сопровождается увеличением числа послеоперационных осложнений.
2. Процент рецидивов грыж после пластики по Лихтенштейну, выполненных подготовленными хирургами, составил 0,5 %.

ХОХЛОВ К.С., БАРАНОВ А.И., КРЮЧКОВ Н.Б., НАТЕЛАШВИЛИ В.Д.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Количество послеоперационных вентральных грыж, в связи с увеличением числа оперативных вмешательств у больных старшей возрастной группы, неизбежно сохраняется на высоком уровне. Использование аллопластических материалов в лечении обширных вентральных грыж является обязательным.

За 2003-2004 гг. выполнены 143 операции по поводу послеоперационных вентральных грыж. Мужчин было 14 (9,8 %), женщин – 129 (91,8 %), соотношение 1 : 10. Возраст оперированных больных от 20 до 76 лет, в среднем, 54,9 года.

У 81 пациента (56,6 %) размеры грыжевых ворот были менее 50 см^2 и у 64 (43,4 %) – более 50 см^2. Пластика грыжевых ворот выполнялась двумя способами: местными тканями выполнены 25 (17,5 %), размеры грыжевых ворот более 50 см^2 у троих. Пластика грыжевых ворот полипропиленовой сеткой – 118 (82,5 %). При пластике полипропиленовой сеткой использовались два метода укладки сетки: надапоневротическая пластика – 20 (13,9 %) (размеры грыжевых ворот более 50 см^2 у 11 больных) и предбрюшинная пластика – 98 (68,6 %) (размеры грыжевых ворот более 50 см^2 у 50). При обширных

грыжах, преимущественно, проводилась предбрюшинная пластика грыжевого дефекта.

Продолжительность вмешательства оказалась наименьшей у лиц, которым выполнялась герниопластика местными тканями. Операции выполнены в течение 1 часа. Средняя продолжительность составила 40 минут. При использовании полипропиленовой сетки операция продолжалась от 30 минут до 2,5 часов, в среднем, 72 минуты.

Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде при герниопластике местными тканями осложнений не было. После пластики полипропиленовой сеткой в одном наблюдении обнаружена серома и у одного наступило нагноение операционной раны. Им выполнялась надапоневратическая пластика. После предбрюшинной пластики у одного пациента было незначительное кровотечение по дренажам.

ВЫВОДЫ:

1. Герниопластика послеоперационных вентральных грыж с использованием полипропиленовой сетки является операцией выбора.
2. При обширных вентральных грыжах предпочтительно предбрюшинное расположение полипропиленовой сетки.
3. Операции с предбрюшинным расположением аллотрансплантата не удлиняют время вмешательства и не увеличивают число послеоперационных осложнений.

ЧЕЛУХОЕВА Л.Г.
МУЗ ЦРБ Кемеровского района,
Кемеровский район

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ

Мероприятия по борьбе с госпитальными инфекциями определяются состоянием ЛПУ в соответствии с СанПиН, т.е. требованиями к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму. На эффективность профилактики ВБИ влияют многие организационные мероприятия. К ним относятся предоставление объективной информации по ВБИ, сокращение времени пребывания больного в стационаре, развитие центров амбулаторного лечения и обследования, совершенствование антибиотикопрофилактики, внедрение низкоинвазивных медицинских технологий, а также аппаратов и технологий с высокой степенью антиинфекционной защиты, специфическая иммунопрофилактика медперсонала, применение современных дезинфицирующих средств и кожных антисептиков, улучшение санитарно-технического состояния ЛПУ.

В структуру МУЗ ЦРБ Кемеровского района входит стационар на 165 коек, поликлиника на 520 посещении в смену, 1 участковая больница, 1 ОВП, 9 врачебных амбулаторий, 24 ФАП. Операционный блок входит в состав хирургического отделения стационара ЦРБ. Здание стационара типовое с 40-летним стажем, поэтому размещение операционного блока не соответствовало современным требованиям к санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим мероприятиям.

В течение 2004-2005 гг. произошла реконструкция и капитальный ремонт помещений операционного блока. Проведена замена оконных и дверных блоков на новые, из современных пластиковых материалов. В плановой операционной выделено помещение для обработки аппаратов ИВЛ и наркозно-дыхательной аппаратуры. В операционных установлены новые двойные бестеневые лампы. Для обработки инструментария приобрели ультразвуковую установку, которая способствует полноценной и надежной очистке медицинских инструментов от крови и биологических загрязнений, что является залогом эффективной последующей стерилизации.

В связи с этим, особую значимость приобретает использование высококачественных и надежных дезинфектантов, которые гарантируют их высокую эффективность и безопасность. Смена дезсредств осуществляется не реже 1 раза в квартал. Внедрение новых дезсредств осуществляется под лабораторным контролем. Предоперационные, перевязочные (чистая и грязная) и процедурный в хирургическом отделении оборудованы настенными дозаторами для жидкого мыла, в настоящее время используется антисептическое мыло «Сестричка». Для обработки рук и операционного поля используются кожные антисептики, такие как «Дезисепт», «Дезискраб», «Дезисепт ОП», «Лизанин», АХДЕЗ.

В предоперационной и перевязочной мойки оборудованы кранами с локтевым управлением, что позволяет соблюдать технологию обработки рук. До реконструкции экстренная операционная состояла из самой операционной и предоперационной, где проводились и обработка инструментария, и подготовка хирургов к операции, и обработка наркозно дыхательной аппаратуры. В настоящее время выделено отдельное помещение для обработки инструментария, обработки аппаратов

ИВЛ, хранения уборочного инвентаря. Организована комната для приготовления материала и укладки биксов.

Для хранения стерильного инструментария в чистой перевязочной приобрели ультрафиолетовую камеру. Однако упор делается на формирование индивидуальных укладок, что не всегда получается вследствие дефицита инструмента. Охват иммунизацией среди работников оперблока против вирусного гепатита В составляет 100 %.

ЧУРКИН М.В., ШАБУНИН А.В, БЕДИН В.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность вопросов лечения постнекротических (ложных) кист (ПНК) поджелудочной железы обусловлена увеличением количества тяжелых форм острого деструктивного панкреатита, при которых частота формирования ПНК достигает 50 %. Заболеванию подвержены, в основном, лица трудоспособного возраста, не выработан единый подход к тактике лечения заболевания.

Известные методы лечения ПНК сводятся к их внутреннему или наружному дренированию. Наиболее распространенными являются лапаротомные способы. Они отличается высокой травматичностью, сопряжены с большим процентом послеоперационных осложнений. Более предпочтительные методики наружного дренирования под контролем ультразвука или компъютерной томографии ограничиваются наличием крупных (более 3 см) секвестров и инфицированием содержимого кисты.

Метод эндоскопической панкреатоцистостомии (ЭПЦСТ) малотравматичен, достигается полноценная санация полости кисты. Единственное ограничение данного метода – отсутствие интимного контакта кисты со стенкой желудка или ДПК.

ЭПЦСТ была предпринята нами у 9 пациентов, 5 мужчин и 4 женщины, возраст пациентов 38-46 лет. Эндоскопический доступ в кисту был успешным у 8 больных. В 7 случаях выполнена цистогастростомия, в 1 – цистодуоденостомия.

В месте наибольшего выбухания задней стенки желудка или ДПК, под контролем эндоскопа с боковой оптикой, выполнялось послойное рассечение при помощи торцевого папиллотома KD 11Q. После проникновения в полость кисты, о чем свидетельствовало выделение ее содержимого, производилось расширение полученного отверстия при помощи папиллотома типа «тетивы лука» (KD 19Q). При необходимости, проводился эндоскопический гемостаз. Содержимое полости кисты аспирировалось, максимально удалялись секвестры. При наличии крупной полости секвестров устанавливался дренаж.

У 5 пациентов на 3-5 сутки цистостомическое отверстие полностью сомкнулось. Учитывая отсутствие болевого синдрома, уменьшение, по данным УЗИ, размеров кисты (3 пациента) или полное ее исчезновение (2 пациента), повторные попытки ЭПЦСТ не предпринимались. У 3-х пациентов с крупными кистами, секвестрами в них, были установлены дренажи с последующими санациями полости с эпизодичностью 1 раз в 2-3 дня на протяжении 2 недель.

В ходе повторных гастроскопий у 2-х пациентов наблюдалось очищение полости кисты от секвестров, развитие грануляционной ткани, уменьшение размеров полости. У 1 пациента проводимые мероприятия эффекта не дали. В результате распространения гнойного процесса пациент умер при нарастающих явлениях интоксикации и полиорганной недостаточности. Причиной мы считаем отсутствие отграничения кисты от окружающей клетчатки на ранних стадиях ее формирования.

Таким образом, ЭПЦСТ является операцией выбора при лечении ПНК. Оптимальные сроки выполнения ЭПЦСТ – не менее 3 месяцев от начала заболевания, после формирования капсулы кисты. ЭПЦСТ невозможна при отсутствии контакта кисты со стенкой желудка и ограничивается невозможностью точного определения места рассечения стенки желудка. Применение ультразвуковых трансэндоскопических методик позволит расширить показания к ЭПЦСТ.

ШИЛИН В.М., ПЕРКИН Э.М., ШИЛИН М.В.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

НОВЫЙ СПОСОБ КОМПРЕССИОННОГО АНАСТОМОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

С учетом особой вирулентности микробной флоры толстой кишки, ее анатомо-физиологического строения, труднодоступности некоторых ее отделов, лучшим способом анастомозирования является компрессионный. Применение в конструкции сшивающего аппарата металла с памятью формы (нитинола) потребовало изготовлять аппараты для компрессионного анастомозирования компактными, не зависящими от внешнего привода. Нами создана конструкция из никелида титана, позволяющая создавать компрессионные анастомозы с дозированной нагрузкой (Патент РФ № 2220672 от 10.01.04).

Экспериментальные животные были разделены на три группы, у которых для анастомозирования применялись конструкции с различными параметрами удельных усилий привода. Удельные нагрузки в компрессионных устройствах имели параметры при зазоре 0,8 мм и температуре +37 С: 0,035 МПа; 0,045 МПа; 0,055 МПа с абсолютными усилиями при этом зазоре 6,3 Н и 7,2 Н. Оценка результатов разработанного способа анастомоза проводилась на основании визуального осмотра, клинического обследования и морфологических данных в сроки 10, 20 и 30 суток.

Результаты гистологических исследований подтверждают, что в условиях равномерной компрессии регенерация кишки отличается слабой воспалительной реакцией, отсутствием грубого соединительно-тканного рубца в месте анастомоза, достаточным развитием сосудистой зоны, адекватным сопоставлением слоев кишечных стенок. Компрессионный способ соединения имеет явные преимущества по условиям регенерации тканей, минимальным воспалительным проявлениям, а также по срокам заживления, что, несомненно, влияет на частоту послеоперационных осложнений, функциональную полноценность соустья, ранние сроки функциональной реабилитации.

ВЫВОДЫ:

1. Согласованность упруго-эластичных свойств ткани кишки и силового элемента, плавное нарастание усилий при согревании нитиноловой пружины не вызывает ударных перегрузок в процессе компрессии, способствует адаптации и перестройке микроциркуляторного русла в условиях медленно нарастающей ишемии тканей, качественно влияет на репаративные процессы в зоне соустья.
2. Эксперимент на животных, морфологическая оценка зоны анастомоза показали безопасность применения компрессионного устройства с дозированной нагрузкой привода из нитинола, доказали качественное формирование соустья в четырехнедельный срок.
3. Компрессионное устройство способствует формированию нежного рубца, без угрозы рестеноза.

ШМУЛЕВИЧ М.В., СТАЦЕНКО О.А., СИМАГАЕВ Р.О., БОЯРИНОВ А.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Задача работы – показать преимущества активного раннего хирургического лечения при плечелопаточном болевом синдроме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Боли в плечевом суставе могут быть различного генеза. Часто они являются проявлением шейного остеохондроза. В нашей клинической ортопедической практике болевой синдром был связан, как правило, с импинджмент-синдромом, поражением вращательной манжеты плеча и активными триггерами, чаще располагающимися в надостной, подлопаточной и трапециевидной мышце.

В отделении ортопедии за последние три года находились на лечении 92 пациента, которым проводились операции по поводу плечелопаточного болевого синдрома. В возрасте до 40 лет были прооперированы 23 пациента, преобладающий возраст наших пациентов находился в пределах 40-60 лет (68 пациентов), кроме того, одной пациентке было 66 лет. Из них, женщин было 49, мужчин – 43.

Ранее трех месяцев от начала заболевания в отделение обратились 3 больных, с давностью до 6 месяцев – 40, до 1 года – 26, до 3 лет – 13, и более 3 лет (в ряде случаев до 10 лет) – 10 пациентов. Основным провоцирующим фактором в развитии плечелопаточного болевого синдрома являлась травма, и больные лечились амбулаторно у травматолога или хирурга по месту жительства с диагнозом ушиб плечевого сустава. Двое больных лечились у невропатолога по поводу шейного остеохондроза, ряд пациентов развитие болевого синдрома связывали с физической перегрузкой. В ряде случаев причину развития болей в плечевом суставе выявить не удалось.

Вне зависимости от основного заболевания (импинджмент-синдром, поражение вращательной манжеты, миофасциальные триггеры), клиническая картина заболевания была примерно идентична. Боли были, как правило, постоянные, усиливающиеся после физической нагрузки. Отмечаются ночные боли. Все больные отмечают ограничение движений в плечевом суставе. Объективно при обследовании у всех больных выявлены контрактуры плечевого сустава различной степени выраженности. Приводящая контрактура связывалась чаще с поражением надостной мышцы и (или) с повреждением вращательной манжеты плеча. Внутренне-ротационная контрактура обуславливается поражением наружных ротаторов плеча (подостная и малая круглая мышцы). Наружно-ротационная контрактура возникает при поражении внутреннего ротатора (подлопаточная мышца). Чаще у больных отмечалась комбинация всех видов контрактур.

С диагностической и лечебной целью всем больным проводилась артроскопическая ревизия и санация плечевого сустава и субакромиального пространства, связанная, в основном, с удалением субакромиальной бурсы и резекцией нижнего края акромиона. Повреждение вращательной манжеты выявлено у 26 пациентов, 20 из них выполнен «костный» шов, в 6 случаях – пластика вращательной манжеты плеча путем транспозиции сухожилия двуглавой мышцы. В 5 случаях, при артроскопической ревизии плечевого сустава, выявлено повреждение Банкарта, «закрыто» выполнена фиксация labrum glenoidale анкерными фиксаторами-спицами с упорной площадкой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для оценки эффективности лечения в послеоперационном периоде оценивались выраженность болевого синдрома и объем движений в плечевом суставе. У 68 больных болевой синдром был полностью купирован в течение месяца после операции, у 24 больных он сохранялся в течение 2-3 месяцев. Объем движений в плечевом суставе у пациентов после субакромиальной декомпрессии восстанавливается в течение 3-4 недель, после шва вращательной манжеты – в течение 2 месяцев.

ВЫВОДЫ

Большинство пациентов с плечелопаточным болевым синдромом лечатся консервативно, в поликлинике по месту жительства, у различных специалистов. Лечение данных больных в специализированном отделении с применением активной оперативной тактики позволяет провести точную диагностику и этиотропное лечение, достаточно быстро купировать болевой синдром, значительно увеличить объем движений в плечевом суставе, сократить срок нетрудоспособности пациентов.

ШМУЛЕВИЧ М.В., СТАЦЕНКО О.А., СИМАГАЕВ Р.О., БОЯРИНОВ А.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ АНКЕРНЫХ ФИКСАТОРОВ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ ГКБ № 3 Г. КЕМЕРОВО

Цель исследования – предоставить наш опыт использования анкерных фиксаторов на базе отделений ортопедии и травматологии ГКБ № 3.

За последний год, на базе отделений ортопедии и травматологии нашей больницы, мы внедряем и разрабатываем технику применения анкерных фиксаторов при различной ортопедической патологии. Мы выполнили 10 оперативных вмешательств с использованием вышеуказанных фиксаторов. Из них: 5 пациентов – с повреждением Банкарта, 3 пациента – с повреждением вращательной манжеты, 2 пациента – с разрывом дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча. Операции проводились как с применением артроскопической техники, так и «открыто».

Коррекция повреждений Банкарта при помощи анкерных фиксаторов позволяет анатомично прикрепить суставную губу и капсулу плечевого сустава к суставной поверхности лопатки, избегая интраоперационного повреждения здоровых тканей и элементов сустава. В нашей клинике 3 из 5 пациентов прооперированы с применением артроскопической техники.

Анкерные фиксаторы позволяют восстанавливать целостность вращательной манжеты плечевого сустава при ее малых и средних разрывах. Они обеспечивают ее жесткую фиксацию к большому бугорку плечевой кости. Из 3 выполненных операций, все пациенты восстановили полный объем движений в послеоперационном периоде.

Кроме того, выполнена фиксация дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча при помощи анкерных фиксаторов, как при свежем, так и застарелом отрыве. В обоих случаях, пациенты полностью восстановили объем движений в локтевом суставе, рецидивов отрыва не наблюдалось.

На основании небольшого опыта применения анкерных фиксаторов мы можем сказать, что наличие анкерных фиксаторов и оригинального инструментария для их установки позволяет значительно сократить травматизацию здоровых тканей при оперативном вмешательстве, время оперативного вмешательства, выполнять стабилизирующие артроскопические операции при патологии плечевого сустава, обеспечивать жесткое и стабильное крепление сухожильных образований к кости.

ЩЕГЛОВ А.В., БАРАНОВ А.И., КУЗЬМИНА О.М., ШАПРАН В.Т.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Актуальность проблемы послеоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии несомненна и обусловлена широким применением этой методики при острых холециститах и осложненных формах желчнокаменной болезни.

За 2003-2004 гг. выполнены 339 лапароскопических холецистэктомий, из них 221 (65,1 %) – по поводу острого холецистита. По морфологическим изменениям флегмонозных холециститов было 135 (61 %), гангренозных – 60 (27,2 %), катаральных – 26 (11,8 %). Возраст больных 18-84 лет, средний возраст 53,4 года. Мужчин было 30 (13,6 %), женщин – 191 (86,4 %). Больные оперированы с применением эндовидеохирургической стойки по «французской» методике хирургами со стажем работы более 10 лет.

Применяли несколько видов дренирования подпеченочного пространства: дренирование силиконовой трубкой диаметром 1,2 см; дренирование трубкой и марлевыми тампонами по Микуличу; дренирование модифицированным двухпросветным дренажом (рац. предложение № 268 от 119.11.03); дренирование полиэтиленовым гофрированным дренажом «гармошкой».

Дренажи проводили под контролем лапароскопа в максимально низкой точке через отдельный разрез. Выбор способа дренирования диктовался визуальными изменениями стенки желчного пузыря, наличием инфильтрата подпеченочного пространства, наличием выпота в подпеченочном пространстве. Наряду с дренированием, в конце операции проводили контрольную санацию над- и подпеченочного пространства. Дренирование силиконовой трубкой проведено у 148 больных (66,9 %), тампонами и трубкой – у 34 (15,3 %), полиэтиленовым гофрированным дренажом – у 6 (2,7 %), комбинированным дренажем – у 19 (8,5 %), без дренажа – у 14 (6,3 %).

В раннем послеоперационном периоде после одиночного трубочного дренажа у трех больных образовался подпеченочный асбцесс. После дренирования силиконовой трубкой и тампонирования по Микуличу у одного больного возникла флегмона передней брюшной стенки, у одного – наружный желчный свищ, у одного – абсцесс подпеченного пространства.

ВЫВОДЫ:

1. Применение модифицированного двухпросветного дренажа и гофрированного полиэтиленового дренажа позволяет адекватно дренировать подпеченочное пространство.
2. Одиночные трубчатые дренажи не во всех случаях позволяют выполнить адекватное дренирование.
3. Дренирование одиночным трубочным дренажом в сочетании с тампонированием по Микуличу следует применять при выраженных воспалительных изменениях.

ЩЕГЛОВ А.В., ШАПРАН В.Т., БАРАНОВ А.И., КИЛИН А.И.
МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ТРАДИЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Операцией выбора при лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ) является лапароскопическая холецистэктомия. Однако до настоящего времени отдельные вопросы широкого использования этой методики остаются дискутабельными.

За 2003-2004 гг выполнены 446 оперативных вмешательств по поводу ЖКБ. Среди оперированных больных женщин было 357 (80,1 %), мужчин – 89 (20 %), в возрасте от 15 до 89 лет, в среднем 52 года. С острым калькулезным холециститом оперированы 256 больных (57,4 %), с раком желчного пузыря – 4 (0,9 %), с хроническим калькулезным холециститом – 190 больных (42,6 %). Традиционным методом оперированы 107 пациентов (24 %), с применением эндовидеохирургической техники – 339 (76 %). Операции выполнялись опытными хирургами со стажем работы более 10 лет.

Холецистэктомия выполнялась с применением эндовидеохирургической стойки по «французской» методике, традиционная холецистэктомия выполнялась из срединного лапаротомного доступа.

Летальных исходов после эндоскопических операций не было. После «открытых» операций умерли двое больных. Смерть связана с обострением конкурирующих заболеваний. Осложнения возникли у 26 оперированных больных (5,8 %), из которых 11 чел. оперированы традиционным способом и 15 – лапароскопически. У пациентов, оперированных лапароскопически, были осложнения: неотхождение дренажа холедоха – 1; абсцесс подпеченочного пространства – 5; гематома послеоперационной раны – 3; ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1; наружный желчный свищ – 1; травма внепеченочных желчевыводящих путей – 2; тромбофлебит вен голени – 1; повреждение троакаром фиксированной петли тонкой кишки – 1.

У больных, оперированных традиционным способом, получены осложнения: нагноение послеоперационной раны – 1; абсцесс подпеченочного пространства – 1; подкожная эвентрация – 2; пневмония – 2; инфаркт миокарда – 1; подпеченочный инфильтрат – 1; инфицированная гематома передней брюшной стенки – 2; наружный желчный свищ – 1.

ВЫВОДЫ:

1. Профилактикой осложнений является повышение мастерства оперативной и эндохирургической техники, использование оптимальных методов дренирования подпеченочного пространства.
2. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите должна быть операцией выбора.

ВАВИН Г.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ПРОЦЕССЫ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ

Одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и причин смерти занимают тяжелые множественные и сочетанные травмы, что связано с особенностями характера развития современного общества. (Агаджанян В.В., 2003; Левин И.Г., 2004)

Процессы липопероксидации играют важную роль в патогенезе политравмы. Литературные данные свидетельствуют об интенсификации процессов липопероксидации уже с первых часов после травмы (Макшанова Г.П., 2003; Устьянцева И.М., 2003), причем существует прямая зависимость активности липопероксидации от тяжести травмы (Абдулаев С., 1991; Андреев А.А., 1998). Одновременно наблюдается снижение антиокислительной активности крови, угнетение отдельных звеньев, лимитирующих процессы липопероксидации (Грашин Р.А., 1989; Нечаев Э.А., 1993).

Перфторан, как газотранспортный крове- и плазмозаменитель, обладающий многофункциональным действием, активно применяется в клинической практике (Богданова Л.А., 2004). Отмечено, что перфторан при лечении ряда патологий (ожоговая травма, компрессионная травма, заболевания печени и поджелудочной железы, кардиопатология) оказывает положительное влияние на стабилизацию основных биохимических показателей, улучшает снабжение тканей кислородом, повышает антиоксидантный статус организма, включаясь в липидный бислой клеточных мембран, защищает их от свободнорадикального повреждения, снижает активность перекисного окисления липидов (Кричевский А.Л., 2000; Бурякова Л.В., 2004; Тиканадзе А.Д., 1997; Богданова Л.А., 2001). Описаны случаи применения перфторана при политравме. (Ангельский А.А., 1999; Вяткин А.А., 2000). Исследователи отмечают позитивный эффект инфузий перфторана на биохимические показатели, однако комплексной оценки его влияния на процессы липопероксидации при политравме в доступной нам литературе не обнаружено.

Цель работы – исследование процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы в раннем периоде политравмы в условиях лечения перфтораном.

Обследованы больные (45 человек) с политравмой (автодорожная травма, падение с высоты, производственная травма). В контрольную группу вошли больные со стандартной терапией (25 человек). В основную группу вошли больные, в комплексную терапию которых был включен перфторан (однократно внутривенно капельно в дозе 4-5 мл/кг массы тела). Пострадавшие обеих групп стандартизированы по возрасту и тяжести политравмы. Одномоментно обследована группа контроля (20 добровольных доноров).

Исследованию подвергали порции крови, взятые каждый час с момента поступления больного на протяжении первых 10 часов, затем через каждые 12 часов в течение последующих четырех суток болезни. Активность процессов перекисного окисления липидов оценивали по состоянию общей оксидантной активности (ООА) крови. Для оценки состояния эндогенной антиоксидантной системы исследовали общую антиоксидантную активность (АОА) крови.

В результате исследования установлено, что у больных контрольной группы в первые три часа регистрируется повышение ООА в 7,6-7,8 раз выше нормальных показателей, максимальный уровень держался до 18 часа исследования, после чего уровень ООА снизился до величин в 4,5-4,7 раз выше нормы. В основной группе в первые часы отмечали повышение уровня ООА в 3,2-3,5 раз выше нормы, который к 7 часу достигал нормальных показателей. В дальнейшем ООА в основной группе имела стабильно нормальный уровень.

В группе контроля в первые часы регистрировали снижение АОА в 2,4 раза ниже нормы, этот уровень сохранялся стабильно низким на всем протяжении исследования. В основной группе снижение АОА достигало значений 0,5-0,7 раз ниже нормальных в первые часы, на 6 час показатели соответствовали нормальным и сохраняли стабильность в последующие часы исследования.

Таким образом, введение перфторана в комплекс стандартной интенсивной терапии политравмы приводит к ранней стабилизации процессов перекисного окисления липидов и системы эндогенной антиоксидантной защиты.

ВИЛЯК Е.А., ВЕРЕЩАГИНА С.А., ГОРБАЧЕВ В.И., КОГАН А.С., ФАДЕЕВА Т.В.
Центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН,
Иркутский институт усовершенствования врачей,
г. Иркутск

РОЛЬ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

К настоящему времени установлено, что тяжелым осложнением пролонгированной ИВЛ являются бронхопульмональные воспалительные процессы.

Цель исследования – изучить этиологическую роль дислокации орофарингеальной микрофлоры в дыхательные пути, разработать профилактику этого патогенетически значимого механизма бронхопульмональных осложнений при пролонгированной ИВЛ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования было содержимое полости рта и бронхоальвеолярного содержимого, полученного при проведении бронхоальвеолярного лаважа у 17 больных с тяжелой черепно-мозговой и скелетной травмой, которым в связи с этим проводили ИВЛ. Материал для исследований брали на 1, 3, 5, 7 и 12 сутки в процессе ИВЛ. Проведено также бактериологическое исследование доступных узлов наркозных аппаратов, бактерионосительство медицинского персонала, объектов внешней среды. Выделенные культуры микроорганизмов идентифицированы по видовому составу и определена их антибиотикорезистентность с помощью прибора «Autosceptor».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Орофарингеальная микрофлора была представлена довольно широким спектром микроорганизмов (Staphylococcus spp, Streptococcus spp, Enterococcus spp, Candida spp, Pseudomonas aeruginosa). В первые сутки после операций и продленной ИВЛ, в жидкости, полученной при трахеоальвеолярном лаваже, были обнаружены: кокковая флора, главным образом St. aureus, Str. oralis, Str. mitis. В 20 % случаев отмечен рост Candida spp., в 6,8 % случаев – Ps. aeruginosa. В целом, в первые сутки указанная выше микрофлора обнаружена при 47,7 % исследований.

Иная ситуация наблюдалась с третьих суток: положительный рост микрофлоры зарегистрирован в 100 % посевов. В составе полимикробного инфекта доминировали упомянутые выше виды микроорганизмов.

С целью снижения риска развития бронхопульмональных осложнений при ИВЛ, подавления роли орофарингеальной микрофлоры в этом процессе, была применена тампонада ротоглотки с 0,05 % раствором хлоргексидина биглюконата. В результате, титр микроорганизмов в трахеобронхиальном дереве удалось снизить на 40-50 %.

У 61 % больных, которым не проводилась тампонада ротоглотки, но осуществлялась эмпирическая антибиотикопрофилактика бронхопульмональных осложнений, возникли вентилятор-ассоциированные пневмонии. В случае проведения тампонады ротоглотки – у 20 % больных.

ВЫВОДЫ

Бронхопульмональные осложнения при пролонгированной ИВЛ обусловлены ассоциативной, высокорезистентной к антибактериальным препаратам микрофлорой, среди которой орофарингеальная имеет важное значение.

Этиологическое и патогенетическое подавление в этом сложном процессе роли орофарингеальной микрофлоры с помощью тампонады ротоглотки марлей, смоченной высокоэффективным антисептиком хлоргексидином биглюконатом, существенно снижает пул патогенетически значимых микроорганизмов.

ВЛАСОВ Н.В., КУЗНЕЦОВ С.Д., КРИВОШЕЕВ К.В., МАЛЬКОВ М.В.
МЛПУ Городская больница № 1,
г. Томск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ СУБПЛЕВРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

Немаловажным компонентом в лечении пациентов с закрытой травмой груди (ЗТГ) является адекватное обезболивание. Проблема может решаться по разному, но у каждого решения есть свои «плюсы» и «минусы». Касаясь «минусов», можно отметить следующее: РА – регионарные методы (межреберные блокады, паравертебральная блокада) – отсутствие блокады висцеральных нервов, кратковременность действия местного анестетика, вынужденное повторение ее увеличивают риск осложнений (пневмоторакс). ДЭА (длительная эпидуральная анестезия) – трудность выполнения при сочетанных повреждениях, неоднозначное действие на внешнее дыхание и гемодинамику, необходимость достаточной квалификации анестезиолога. НА (наркотические анальгетики) – опять же, седация с угнетением внешнего дыхания и, дополнительно, функции ЖКТ. СНО (синтетические ненаркотические опиоиды) – на наш взгляд, все-таки не дают достаточного обезболивания при тяжелой ЗТГ. ИРА (интраплевральная регионарная анестезия) – высокая инвазивность, ограничена действием местного анестетика, неэффективна при наличии гидроторакса.

Можно ли решать эту проблему другим способом? Да, можно! Это решение – в методической рекомендации авторов (Вагнер Е.А, Матвеев А.Т., Заугольников В.С., Субботин В.М. Субплевральные блокады в лечении болевых синдромов различной этиологии. – Пермь, 1986).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Между остистыми отростками позвоночника и углами ребер отсутствуют внутренние межреберные мышцы. Нервы лежат впереди от задней межреберной мембраны, они прикрыты внутригрудной фасцией и листком пристеночной плевры. После перфорации иглой типа Туохи задней межреберной мембраны (момент перфорации определяется появлением чувства «провала») и постановки перидурального катетера, анестетик широко распространяется в пределах нескольких межреберий вверх и вниз. С целью пролонгирования действия МА добавляется адреномиметик и НА.

2 способа проведения ДСБ (длительной субплевральной блокады) – болюсное или путем постоянной инфузии через дозатор лекарственных веществ. Возможно выполнение ДСБ с двухсторонней ЗТГ. Техника та же, но начинали выполнять с более поврежденной стороны. МА вводился поочередно в каждый из катетеров или большая часть МА вводилась на стороне большего повреждения. Не исключается применение ДСБ на фоне ИВЛ при ЗТГ. ДСБ обеспечивает более «мягкую» адаптацию к аппарату ИВЛ, снижение расхода НА и релаксантов.

Методика ДПБ используется с 1998 г. Проведено 83 блокады: 32 – у женщин, 51 – у мужчин, в возрасте от 25 до 68 лет. С односторонней ЗТГ – 66 блокад, с двухсторонней ЗТГ – 7 блокад, с политравмой – 6 блокад, с сочетанной травмой – 4 блокады. Расширяя область применения ДСБ, получили неплохие результаты лечения межреберных невралгий различной этиологии. К МА добавлялись витамины группы В и кортикостероиды.

При выполнении ДСБ были получены осложнения: гематома в месте пункции – 2 случая (не связанная с пункцией межреберных сосудов), миграция катетера из субплеврального пространства – 3 случая. Неэффективность ДСБ отмечена в 3-х случаях у больных с наличием спаек в субплевральном пространстве

ВЫВОДЫ:

1. Обеспечивает достаточную аналгезию при ЗТГ.
2. Относительная простота выполнения ДСБ.
3. Минимальный набор инструментов и расходных материалов.
4. Снижает частоту и дозу введения НА.
5. Возможность применения с двухсторонней ЗТГ.
6. Минимальный уровень дыхательных и гемодинамических нарушений.
7. Возможность использования в лечении болевых синдромов различной этиологии.

ДАДЭКО С.М., ШИПАКОВ В.Е., РИПП Е.Г.,
ГУСЕВ Е.В., СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

РЕГИОНАРНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Тромбогеморрагические осложнения нередки и крайне опасны в послеоперационном периоде, поэтому проблема их профилактики продолжает оставаться весьма актуальной.

К основным факторам, способным влиять на функциональное состояние системы гемостаза во время операции, относят травматичность и кровопотерю. Однако сама защита пациента от операционной травмы может существенно влиять на систему гемокоагуляции. В настоящее время в современной анестезиологии используются различные методы обезболивания, включая тотальную внутривенную анестезию и регионарные блокады, которые по действию на гемостаз отличаются друг от друга.

Рассматривая анестезиологическое пособие как фактор, способный воздействовать на систему гемостаза, возникает необходимость оценки состояния системы гемостаза при том или ином виде анестезии, а также разработка тактики выбора методов обезболивания с целью профилактики гемостатических осложнений.

Цель исследования – изучение влияния различных видов анестезии на систему гемостаза у хирургических больных.

Исследование выполнено у 80 больных в возрасте от 30 до 60 лет. Все обследуемые лица не имели сопутствующей патологии, способной оказать существенное влияние на систему гемокоагуляции. В соответствии с видом анестезиологического пособия, больные были разделены на 2 группы, по 40 человек в каждой. В первую группу вошли больные, которым проводилось регионарное обезболивание, во вторую группу – тотальная внутривенная анестезия. Все пациенты находились на лечении в колопроктологическом отделении ОКБ по поводу хронического геморроя.

В качестве базового метода исследования системы гемостаза применяли гемокоагулограф АРП-01. Интегральная оценка всех фаз свертывания и фибринолитической активности крови проводилась в два этапа: до операции и во время анестезиологического пособия. Исследования и анализ гемостазиограмм показали, что перед операцией в обеих группах наблюдалась хронометрическая гиперкоагуляция.

У пациентов, которым в качестве метода анестезии использовалось регионарное обезболивание, отмечалось снижение коагуляционного потенциала крови, проявляющееся снижением тромбиновой и увеличением фибринолитической активности крови. У пациентов, которым проводилась тотальная внутривенная анестезия, исследование и анализ гемостазиограмм показали повышение коагуляционного потенциала крови в виде структурной и хронометрической гиперкоагуляции на фоне угнетения фибринолиза.

Таким образом, анестезиологическое пособие следует рассматривать, как фактор, оказывающий существенное влияние на систему гемостаза. Поэтому у пациентов, имеющих в предоперационном периоде повышенный коагуляционный потенциал крови, регионарное обезболивание может быть использовано, как один из способов снижения риска тромботических осложнений в интра- и послеоперационном периоде. В то время как тотальная внутривенная анестезия у данной категории больных повышает риск развития тромботических осложнений.

ДЕМИДОВА Н.Ю., ГРИГОРЬЕВ Е.В., РАЗУМОВ А.С.,
ЛИ Г.А., АГАФОННИКОВА Л.П., РУБАН С.Э.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Обширные резекции печени, выполняемые по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей, паразитарных кист являются чрезвычайно травматичными оперативными вмешательствами. Учитывая, что в печени происходит синтез практически всех факторов свертывания крови, можно предполагать возможность развития геморрагических осложнений у дан-

ной категории больных, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде.

Однако основная исходная патология пациентов, продолжительность и травматичность этих операций составляют высокую степень риска развития тромбоэмболических осложнений. Таким образом, перед врачом анестезиологом стоит вопрос как тромбопрофилактики, так и профилактики интраоперационных и ранних послеоперационных коагулопатических кровотечений, связанных с особенностями данных оперативных вмешательств.

Цель работы – обосновать дифференцированный выбор антикоагулянтной терапии с использованием низкомолекулярных форм гепарина при обширных резекциях печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изменения системы гемостаза исследованы у 15 пациентов в возрасте 20-55 лет во время обширных резекций печени и в раннем послеоперационном периоде. Средняя продолжительность операций 7 ± 2 часа. Кровопотеря составила 600 ± 100 мл. Оценка фаз свертывания крови и фибринолитической активности проводилась экспресс-методом интегральной оценки агрегатного состояния крови анализатором АРП-01 (метод гемовискозиметрии) в начале операции, в конце травматичного этапа, в конце оперативного вмешательства, в 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что в начале операции у всех больных имелась умеренно выраженная гиперкоагуляция в 1 и 2 фазах свертывания крови при нормальной фибринолитической активности. На травматичном этапе операции происходило незначительное усиление образования протромбиназы, ускорялось тромбинобразование, фибринобразование оставалось в норме, а фибринолитическая активность была резко угнетена.

К концу операции определялись практически нормальные показатели всех трех фаз свертывающей системы крови и значительная активизация фибринолиза. В первые сутки после операции отмечали ускорение образования протромбиназы, тромбинобразование не превышало норму, а фибринобразование замедлялось; при этом общее время формирования фибрин-тромбоцитарной структуры сгустка оставалось в пределах нормальных показателей; фибринолитическая активность не увеличивалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Больные с обширными резекциями печени не нуждаются в стандартной предоперационной тромбопрофилактике низкомолекулярными формами гепарина. Прогрессирующая незначительная гиперкоагуляция на травматичном этапе операции в дальнейшем компенсируется коагулопатией потребления, а так же активацией фибринолиза, которые развиваются к концу оперативного вмешательства.

ЖИДОВ И.В., ВАХОВСКИЙ В.А., ШЕВЕЛЕВ В.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 11,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Острая пневмония у лиц пожилого и старческого возраста –неотложное состояние, тяжесть которого зависит как от локализации и распространенности процесса в легких, так и от возраста пациента. Лечение геронтологических больных с острой полисегментарной пневмонией остается актуальной проблемой из-за высокого процента летальности в этой возрастной группе (50-80 % при развитии септического шока).

На фоне имеющейся хронической сердечно-сосудистой и дыхательной патологии синдром полиорганной недостаточности формируется уже к исходу первых суток интенсивной терапии. Остаются спорными вопросы прогнозирования, течения и исхода пневмонии у пожилых; выбор антибактериальной терапии, метода и режима детоксикации и объемов инфузионно-трансфузионной терапии, режимы респираторной поддержки. В литературе отсутствует единая тактика ведения данной категории больных.

Цель исследования – разработать протокол интенсивной терапии острой пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами определены следующие компоненты интенсивной терапии острой пневмонии:

1. Объективная оценка тяжести состояния больного проводится по APACHE II, далее в динамике исследования использовали шкалу SOFA или респираторный индекс. В качестве оценочных методов использовали лейкоцитарный индекс интоксикации, содержание молекул средней массы в различных биологических средах.
2. Респираторная поддержка в режиме контроля по давлению с минимально допустимой фракцией кислорода во вдыхаемом воздухе и оптимальным уровнем положительного давления в конце выдоха. В первые сутки больному проводится медикаментозная седация для синхронизации с респиратором, далее определяются механические свойства легких (петля гистерезиса дыхательной системы или цифровые показатели растяжимости и сопротивления дыхательных путей). Осуществляем переход на вспомогательный режим вентиляции (синхронизированная перемежающаяся вентиляция легких с поддержкой давлением).
3. Обязательным является тщательный контроль за водным балансом путем динамической урометрии и мониторирования уровня ЦВД, так как больные пожилого возраста имеют склонность к задержке жидкости, при этом профицит воды перераспределяется через поврежденную альвеоло-капиллярную мембрану и увеличивает площадь поражения альвеол. Зонд в желудок для обеспечения энтерального питания с первых суток 2,5-3 тыс. ккал в сутки.
4. Катетеризация эпидурального пространства на уровне 5-6 грудных позвонков с проведением эпидуральной аналгезии с целью снятия бронхоспастического компонента, улучшения дренажной функции легких, разгрузки малого круга кровообращения и улучшения выделительной функции почек.
5. Инфузионно-трансфузионная терапия с коррекцией объема циркулирующей крови под контролем респираторного индекса, параметров газообмена и клинического состояния. С третьих суток в инфузии сохраняли только препарат модифицированного желатина гелофузин до 7 мл/кг массы тела в сутки с целью коррекции реологических расстройств и минимального воздействия на интерстций легких. Предпочтение отдавали раннему энтеральному питанию пациентов.
6. Проведение санационной бронхосанации с исследованием флоры на чувствительность к антибиотикам. Рациональная антибактериальная терапия (фторхинолоны, макролиды первые трое суток внутривенно, затем энтерально) в сочетании с дифлюканом. Лимфотропная иммунокоррекция ронколейкином по 500 тыс. ЕД через сутки 3 раза путем инкубации клеточной массы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный протокол позволил снизить выраженность и длительность синдрома эндогенной интоксикации, длительность пребывания больного в отделение реанимации на 23 %, уменьшить летальность с 45 % до 39 %.

ЗИМА Н.Г., СИВОРОНОВ К.Н., АФАНАСЬЕВ Д.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

СПОСОБ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Алкогольный делирий является одним из наиболее частых ургентных состояний, возникающих при синдроме отмены алкоголя и требующих неотложной специализированной помощи. Затяжное купирование психомоторного возбуждения с использованием седативных препаратов ведет к истощению нейромедиаторных систем (ГАМК-ергических, NMDA), что при неблагоприятном течении психоза сопровождается углублением нарушения сознания, ирриационными нарушениями, развитием вторичных постгипоксических изменений головного мозга, отеком, и приводит к летальному исходу или значительному утяжелению состояния больных.

Вероятно, эффективным будет использование антигипоксантных средств для улучшения терапии подобных осложнений. Препарат из этой группы Мексидол модифицирует рецепторные комплексы мембран мозга, в частности, бензодиазепиновые, ГАМК-ергические, ацетилхолиновые рецепторы, усиливая их способность к связыванию. Сукцинат, входящий в состав мексидола, сам включается в работу дыхательной цепи, повышая ее эффективность.

Цель исследования – обосновать включение мексидола в комплексное интенсивное лечение алкогольного делирия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Областном центре по лечению острых отравлений пролечены 11 больных в возрасте от 40-57 лет с синдромом отмены алкоголя, осложнен-

ным алкогольным делирием. Проводили комплексное биохимическое обследование больных, включая изучение липопероксидационного статуса, гемостазиологических показателей по общепринятым методам.

Группа основная (n = 6) – терапия дополнялась использованием мексидола из расчета 10 мг/массы тела внутривенно, группа вмешательства (n = 5) – терапия дополнялась использованием мексидола в виде инкубированной клеточной массы. Для этого использовали дискретный плазмаферез из расчета 10 мл/кг массы тела с последующим центрифугированием и обработкой мексидолом в дозе 5 мг/кг массы тела в течение 30 минут in vitro при температуре 37°С. Далее проводился возврат инкубированной клеточной массы больному. Курс инкубации составил 5 суток. Больные в группах сопоставимы по возрасту, полу, сопутствующей патологии и давности алкогольного анамнеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Терапия алкогольного психоза проводилась с привлечением активной детоксикации организма, что позволяет эффективно купировать синдром интоксикации смешанного генеза. Использование мексидола позволяет улучшить обмен клетки, активируя энергосинтезирующие функции митохондрий. Мексидол ингибирует свободно радикальное окисление липидов, связывая перекисные радикалы липидов, повышает активность антиоксидазных ферментов, в частности, супероксиддисмутазы.

Сочетание плазмафереза и проведения инкубации клеточной массы мексидолом и сибазоном улучшает качество направленной терапии, усиливает активность мексидола и сибазона за счет синергического эффекта. Использование мексидола в виде инкубации привело к уменьшению длительности делирия, отсутствию значимой медикаментозной нагрузки за счет снижения дозы седативных препаратов.

ИВАНОВА Т.А., ПОПОВА Л.Д., ВЕСЕЛОВА Н.А.,
ВАСИЛЕНКО Г.Н., КАЛИНИЧЕВ А.Г., ТЕЛЕВНАЯ Л.Г.
Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова, г. Омск

ВОЗБУДИТЕЛИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОРИТ И ИХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

По данным микробиологического мониторинга за 1999-2004 гг., более частыми возбудителями нозокомиальных инфекций в отделении нейро-травматологической реанимации Омской ГКБ № 1 являются грамотрицательные микроорганизмы, представленные бактериями семейства Enterobacteriaceae (Proteus spp., Klebsiella spp.) и неферментирующими грамотрицательными бактериями P. aeruginosa. В последние годы отмечается тенденция к росту Proteus spp. (в 2004 г. – 25 %).

Высокий уровень резистентности штаммов грамотрицательных микроорганизмов (данные мониторинга 1999-2001 гг.) к гентамицину, карбенициллину, ампициллину, цефтриаксону, цефотаксиму не позволяет рассматривать их как препараты выбора при лечении нозокомиальных инфекций. Сохраняется чувствительность грамотрицательных аэробных и факультативно-анаэробных возбудителей нозокомиальных инфекций к ципрофлаксацину, амикацину, цефоперазону. Однако отмечается тенденция к росту резистентных штаммов среди них, что необходимо учитывать при подборе дозы для лечения нозокомиальных инфекций.

Наиболее активными антимикробными препаратами в отношении большинства грамотрицательных аэробных и факультативно-анаэробных возбудителей нозокомиальных инфекций являются тиенам, меропенем, цефипим, сульбактам.

За 2002-2004 гг. возросла резистентность S. aureus к оксациллину. Появились метициллинрезистентные штаммы (в 2004 г. их доля составила 85 %). Высокий уровень резистентности к бензилпенициллину и ампициллину, а по новым данным, к оксациллину и цефолоспоринам (большой процент метициллинрезистентных штаммов), не позволяет рассматривать их в качестве препаратов выбора для лечения грамположительных нозокомиальных инфекций. Сохраняется чувствительность большинства грамположительных возбудителей госпитальных инфекций к амикацину, клиндомицину. Наиболее активным препаратом в отношении метициллинрезистентных штаммов S. aureus является ванкомицин.

Возросла роль грибов в возникновении госпитальных инфекций (в 2004 г. выделялись в 10 % исследований), что следует учитывать при назначении комплексной терапии у тяжелых больных.

В отделениях реанимации и интенсивной терапии, других хирургических отделениях стационара необходимо проводить постоянный мониторинг за возбудителями нозокомиальных инфекций и их резистентностью к антимикробным пре-

паратам. Это позволит проводить адекватную и рациональную антибактериальную терапию и приведет к улучшению исходов лечения наиболее тяжелой категории пострадавших.

КАИРОВ Г.Т., ДЕНИСОВА В.С., РАСТОХИНА Т.Я.,
КУЩЕВ С.Н., СВИРКО С.В., ГЕЙМАН А.Г.
Родильный дом № 1,
Родильный дом им. Н.А. Семашко,
г. Томск,
ЗАО Медсервис,
г. Красноярск

КИНИНОГЕНЕЗНАЯ И КИНИНАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ НА ЭТАПАХ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Исследования выполнены у 27 беременных в возрасте 20-26 лет с физиологическим течением гестационного процесса. Показаниями для хирургического родоразрешения во всех случаях послужило клиническое несоответствие головки плода размерам таза. Функциональное состояние калликреин-кининовой системы (ККС) крови оценивали до и после воздействия пробы с двукратной локальной гипоксией верхней конечности. Состояние ингибиторного звена калликреин-кининовой системы крови оценивали по активности α_1-протеиназного ингибитора, α_2-макроглобулина и трипсина по Пасхиной Т.С. с соавт. (1979). Активность кининопродукции определяли по уровню калликреина и калликреиногена в плазме по Пасхиной Т.С. с соавт. (1977).

Оценку функционального состояния кининогенезного и кининазного звеньев ККС выполняли при поступлении беременных в операционную (I этап исследования), после выполнения комбинированной эпидуральной анестезии (II этап), после начала операции (III этап), в конце операции (IV этап) и через 1 час после операции (V этап). Полученные результаты обработаны методом парных сравнений в среде «Statistica-VI» с использованием t-критерия Стьюдента.

На I этапе исследования выявлено три типа реакции ККС, условно обозначенных как содружественный (19,2 %), кининогенезный (38,5 %) и кининазный (42,3 %). Содружественный (С) тип реакции ККС характеризовался усилением активности кининогенезного и кининазного звеньев ККС, что свидетельствовало о достаточных резервных возможностях изучаемой системы. Характерной особенностью кининогенезного (КГ) типа ККС было резкое ослабление кининазной активности, что демонстрировало недостаточность ингибиторного звена ККС. Кининазный (КН) тип реакции ККС характеризовался достоверным повышением активности кининазного звена кининового каскада, что отражало недостаточность резервных возможностей кининопродукции.

На II этапе исследования число беременных с С типом реакции достоверно увеличилось, а количество пациенток с КН типом реагирования статистически значимо уменьшилось в 1,6 раза ($p < 0,05$). Наряду с этим, регистрировали тенденцию к увеличению числа женщин с КГ типом реакции ККС.

На III этапе исследования установлено увеличение числа беременных с С типом реакции на 25 % и достоверное снижение числа лиц с КН типом реагирования ККС на 14,3 % ($p < 0,05$). Достоверной динамики КГ типа реакции составляющих звеньев исследуемой системы на этом этапе исследования не выявлено.

На IV этапе исследования, по сравнению с началом хирургического вмешательства, число родильниц с КГ типом реагирования увеличилось на 10 %, а количество обследованных с КН типом реакции ККС снизилось на 16,7 %. Число женщин с С типом реакции составляющих звеньев кининового каскада не изменилось.

На V этапе исследования С тип реакции ККС установлен в 42,3 % случаев; КГ тип выявлен у 38,5 % обследованных, КН тип – у 19,2 %. По сравнению с I этапом, через 1 час после операции частота С типа реакции увеличилась на 10 %, а КГ типа уменьшилась на 9,1 %. Количество женщин с КН типом реакции исследуемой системы не изменилось.

Таким образом, по нашим данным, комбинированная эпидуральная анестезия индуцирует достоверное снижение кининопродукции у беременных на этапах абдоминального родоразрешения, о чем наглядно свидетельствует снижение числа женщин с КН типом реакции в 2,2 раза и повышение количества лиц с С типом реагирования в 2,2 раза.

КАМЕНЕВА Е.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ЛИ Г.А., МЕРЛУШКИН С.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Интенсивная терапия тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ) остается актуальной проблемой современной медицины. По данным НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, СЧМТ составляет 42,2-68 % от всех травм, а летальность при ней – до 35 %. Основной причиной смерти больных с СЧМТ являются шок и кровопотеря, отек и дислокация головного мозга, на профилактику и лечение которых, в первую очередь, и должна быть направлена терапия.

При массивных гемотрансфузиях, тем более при трансфузии консервированной крови и крови от разных доноров, могут возникнуть цитратная интоксикация или ДВС-синдром. После 3 суток с момента травмы нарастает частота пневмоний (до 37,9 %) и ССН (13,7 %), которая является причиной летальности уже в 72,7 % случаев. Становится очевидным, что подход к лечению таких пострадавших не должен быть стандартным. Рекомендуемая интенсивная терапия СЧМТ разработана на базе реанимационно-анестезиологического отделения ГКБ № 3 с учетом литературных данных. Данные положения клинически апробированы на больных с СЧМТ.

1. Всем больным с нарушением сознания менее 8 баллов по ШКГ проводится интубация трахеи и ИВЛ. Показанием для перевода больных на ИВЛ служит факт угнетения сознания, а не констатация гипоксемии.
2. Инфузионно-трансфузионная терапия. Необходимо придерживаться следующих принципов адекватного возмещения потери крови: потерянная кровь должна возмещаться полноценной по составу трансфузионной средой, возмещение должно быть как можно более ранним, скорость переливания должна соответствовать скорости, с которой происходит кровотечение, длительность переливания должна быть близкой к продолжительности кровотечения при тяжелой скелетной травме. При невозможности экстренно повысить АД, дополнительно применяются симпатомиметики и их сочетания.
3. Оперативное лечение ЧМТ по экстренным показаниям (удаление внутричерепного объема) и проведение противоотечной терапии. После стабилизации основных жизненно-важных систем организма показано оперативное лечение переломов (остеосинтез).
4. Адекватное обезболивание. Нормализация метаболизма головного мозга и антиоксидантная терапия.
5. Профилактика развития жировой эмболии (в/в вливание глюкозо-этаноловой смеси и эссенциале).
6. Профилактика пневмоний. Скелетное вытяжение резко ограничивают свободу перемещения больного, что значительно затрудняет проведение интенсивной терапии, а также гигиенический уход. Это отражается и на частоте развития пневмоний. Рекомендуются антибиотики широкого спектра действия и средства, разжижающие мокроту. Для профилактики ателектазов во время ИВЛ используется режим PEEP.
7. Важнейшим компонентом профилактики транслокации кишечной флоры, а, следовательно, и гнойно-септических осложнений, является деконтоминация кишечника и раннее энтеральное питание пациентов.
8. Профилактика и лечение ДВС-синдрома (фраксипарин, 6 % раствор рефортана, СЗП).

Резюмируя принципы фармакологического ведения пострадавшего с СЧМТ, следует придерживаться правила – чем массивнее повреждение, тем меньше перечень препаратов, которые можно использовать в конкретной ситуации. Необходимо отчетливо себе представлять, с какой целью назначается тот или иной препарат, на какие звенья патологической цепи он действует.

ЛИ Г.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., РАЗУМОВ А.С., МЕРЛУШКИН С.А., КАМЕНЕВА Е.А., КОВАЛЬ С.С., ПУГАЧЕВ С.В.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

Нозокомиальные инфекции отличаются сложностью своевременной диагностики и значительно ухудшают течение основного заболевания. С точки зрения вероятности развития летального исхода (не менее 30 %), большинством авторов наиболее опасной считается вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП). Патогенез ВАП сложен, так как на ее развитие влияют много факторов.

Цель исследования – изучить патогенез ВАП и выявить наиболее значимые факторы, влияющие на летальность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование 62 историй болезни больных, пролеченных в ОРИТ с диагностированной ВАП по шкале CPIS (Rello J. et al., 1993). Среди исследуемых 38 женщин и 24 мужчин; возраст от 17 до 89 лет (53 ± 4,7). Основные нозологические формы были представлены, в основном, инсультом, панкреонекрозом, сепсисом, тяжелой черепно-мозговой травмой и политравмой. Тяжесть состояния больных по шкале APACHE-II составила 18 ± 0,4. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводилась различными аппаратами: РО-6 – 36 пациентов, SV-a (Hirana) – 15 больных, Puritan Bennet 760 – 11 больных. Длительность ИВЛ – от 3 до 36 дней. Система гемостаза исследовалась на анализаторе АРП-1 «Меднорд» и классическими лабораторными методами. Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica v6.0» StatSoft. Основные результаты получены с помощью факторного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные в ходе исследования результаты показали, что наибольшее количество ВАП развивается у больных, находящихся на ИВЛ аппаратами РО-6. Даже несмотря на то, что тяжесть состояния больных, находящихся на современных вентиляторах, исходно была более высокой, так же как и средняя продолжительность ИВЛ. На наш взгляд, это обусловлено, во-первых, применением бактериальных фильтров в дыхательном контуре современных аппаратов ИВЛ, во-вторых, – использование режимов вспомогательной вентиляции и респираторного мониторинга позволило улучшить транспорт кислорода.

Длительность ИВЛ более 4 суток приводила к развитию ВАП у 58 % больных, после недели – у 84 %, свыше 2 недель – у 100 %.

Нарушение системы гемостаза определялось у всех больных. Наблюдалось нарушение тромбоцитарного звена и развитие гиперкоагуляционного синдрома. На втором месте среди пораженных систем выделялась мочевыделительная. Развитие острой почечной недостаточности, по нашим данным, приводит к летальному исходу в 92 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На развитие и течение ВАП влияет совокупность многочисленных факторов. Наиболее значимыми, влияющими на летальность, являются длительность ИВЛ, вентиляция аппаратами РО-6, нарушения системы гемостаза, исходная тяжесть состояния, развитие синдрома полиорганной недостаточности.

МАНЕРОВ Ф.К., СУРКОВ А.М., БОРЩИКОВА Т.И., КАРДАШ С.В., КАЛИЧКИНА И.Ю., ЖУЛАНОВ А.И.
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей,
Бюро судебно-медицинской экспертизы,
МЛПУ Зональный перинатальный центр,
г. Новокузнецк

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНТОКСИКАЦИИ ДЕТЕРГЕНТАМИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В литературе имеются единичные сообщения по поводу отравлений мылами и их детергентами.

Токсическое действие шампуней обусловлено воздействием эфирных масел, хлороформа, алкоголя. Клиника отравлений характеризуется ин-

токсикационным синдромом, рвотой. Всасывание составных частей шампуней ускорено действием ПАВ. Парентеральная аппликация шампуней вызывает гемолиз, образование метгемоглобина, острую сердечно-сосудистую недостаточность. Одновременно воздействие на центральную нервную систему четвертичных соединений аммония вызывает нарушения сознания.

Клинический случай поступления внутрь моющего средства вызвало крайне тяжелое отравление у ребенка 5 лет, с лавинообразным запуском химических процессов перекисного окисления липидов, деструкции мембран, гибели клеток органов, с наиболее интенсивными деструктивными процессами в органах с высоким уровнем обмена веществ (сердце, мозг, почки, печень).

Изучение химического состава шампуней, позволило выявить ряд токсичных ингредиентов, входящих в их состав. Основой любого шампуня являются ПАВ, основу которых составляет лауретсульфат натрия. Известен своей токсичностью лаурилсульфат натрия (Sodium Lauryl Sulfate – SLS). SLS проникает в глаза, мозг, сердце, печень, что опасно для детей, в тканях которых он накапливается в больших концентрациях. SLS изменяет белковый состав клеток глаза детей, задерживает нормальное развитие, вызывает катаракту.

Лауретсульфат натрия (Sodium Laureth Sulfate – SLES), также как SLS, очень опасен. Отличается по химическим свойствам от SLS добавлением эфирной цепи. SLES реагирует с другими ингредиентами и образует, кроме нитратов, еще и диоксины.

ПАВ являются самыми сильными эмульгаторами. При нанесении на кожу, они разбивают липидный барьер кожи на отдельные капельки. Они токсичны для клеток, поскольку действуют разрушающе на клеточную липидную мембрану. ПАВ могут проникнуть довольно глубоко в кожу, вплоть до клеток зародышевого слоя эпидермиса.

Облепиховое масло перед введением в шампунь растворяют при помощи солюбилизаторов. Солюбилизаторы – это вещества, в присутствии которых повышается растворимость трудно растворимых ингредиентов. В качестве солюбилизаторов обычно используют этиловый спирт, глицерин, пропиленгликоль и др. Пропиленгликоль (Propylene Glycol) – производный нефтепродукт. Его контакт с кожей может вызвать нарушение работы печени и повреждение почек.

Динатриевая соль ЭДТА способна образовывать комплексные соединения с различными катионами, в том числе с ионами кальция. При быстром введении препарата физиологические механизмы не успевают устранить понижение уровня кальция в сыворотке, и может развиться острая тетания.

Азолы – являются основаниями и при действии кислот образуют соли. Они резко изменяют pH крови в щелочную сторону.

Молекулярная структура эфирных масел позволяет легко проникать в ткани.

Таким образом, учитывая вышеописанные особенности многокомпонентной токсичности шампуня, патогенетические механизмы его воздействия на организм связаны с воздействием ПАВ на липидный слой мембран, запуском процессов перекисного окисления липидов, денатурации белков мембран, изменением проницаемости мембран и, как результат, – гибель клеток. Гемолиз в крови больного и высокий уровень среднемолекулярных пептидов подтверждают первоочередность нарушений на уровне мембран клеток.

Кроме того, высокая концентрация ЭДТА вызывает нарушение процессов реполяризации клеток мозга и отек мозга.

Пропиленгликоль, в свою очередь, интенсивно всасываясь в желудке в первые часы отравления, вызвал поражение паренхимы печени и почек. Свободные радикалы, воздействуя на молекулы белков мембран, внутриклеточных белков и ферментов, вызывали их блокаду.

Таким образом, поступление внутрь бытового моющего средства вызвало крайне тяжелое отравление с лавинообразным запуском химических процессов перекисного окисления липидов, деструкции мембран, гибели клеток органов с наиболее интенсивными деструктивными процессами в органах с высоким уровнем обмена веществ (сердце, мозг, почки, печень). Отсутствие оказания помощи ребенку в первые 5,5 часов после отравления сыграли свою роль в необратимости этих процессов (лизис нейронов мозга, грубые изменения стромы кардиомиоцитов, дистрофические изменения нефронов).

Нитраты дополнительно способствовали метгемоглобинобразованию, снижению насыщения гемоглобина кислородом, тяжелой гипоксии тканей. А диоксины (хлорорганические соединения) внесли свой вклад в поражение паренхиматозных органов.

ПАЛИЧЕВ В.Н., РАЗУМОВ А.С., ЧУРЛЯЕВ Ю.А.,
ПАЛИЧЕВА Е.И., ШУКЕВИЧ Л.Е.
Областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово,
Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН,
г. Новокузнецк

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА

Традиционно используемые в диагностике различных форм гестоза клинико-лабораторные тесты не всегда позволяют количественно оценить динамику накопления, распределения токсинов в различных средах организма и их выведения, что, в свою очередь, не позволяет дифференцированно проводить детоксикационную терапию (энтеросорбция, плазмаферез, гемосорбция) при различных фазах эндогенной интоксикации.

Вместе с тем, ранее показано, что использование индекса синдрома эндогенной интоксикации (ИСЭИ) повышает объективность диагностики вариантов течения СЭИ при различной тяжести абдоминального сепсиса (Шукевич Л.Е., 2003), а дифференцированное использование эфферентной терапии при различных фазах эндогенной интоксикации на фоне сбалансированной традиционной терапии абдоминального сепсиса позволяет значительно улучшить результаты лечения и снизить летальность.

Цель исследования – патогенетически обосновать и клинически апробировать критерии дифференцированного подхода к выбору методов интенсивной терапии эндогенной интоксикации у беременных с различными формами гестоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 103 женщины со сроком беременности 32-40 недель в возрасте от 15 до 45 лет, беременность которых осложнилась гестозом. Сочетанные формы гестоза (т.е. развившиеся на фоне какого-либо заболевания и расцениваемые как более тяжелые) отмечены у 83 беременных. Фоновыми заболеваниями являлись гипертоническая болезнь (n = 32), ожирение (n = 44), анемия (n = 43), хронические заболевания почек (n = 38), хронические заболевания легких (n = 16), заболевания печени (n = 6), желудочно-кишечного тракта (n = 6), миома тела матки (n = 21). «Чистый» гестоз отмечался у 20 беременных. В контрольную группу включены женщины с физиологической беременностью (n = 20).

Степень тяжести гестоза определяли по шкале оценки тяжести гестоза (Goeke-Савельева). Для оценки степени выраженности синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) проводили спектральный анализ содержания эндогенно-токсических субстанций – веществ низкой и средней молекулярной массы в плазме крови, на эритроцитах и в моче (Малахова М.Я., 2000).

На основании полученных данных, рассчитывали индекс синдрома эндогенной интоксикации – ИСЭИ (Шукевич Л.Е., 2003). Для проведения эндогенной детоксикации использовали универсальные неселективные сорбенты нового поколения – лактрофильтрум (n = 53) и энтеросгель (n = 25); в качестве активной детоксикации проводили плазмасорбцию (n = 22) и гемосорбцию (n = 3). Результаты исследования обработаны статистически с использованием параметрических и непараметрических критериев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С нарастанием степени тяжести гестоза, выявлено увеличение ИСЭИ, причем более выражено увеличение было у беременных с сочетанными формами гестозов. Применение энтеросорбентов при гестозе I-II степени позволило снизить ИСЭИ, в среднем, в 2-2,5 раза; ИСЭИ соответствовал таковому при физиологической беременности.

Использование лактофильтрума при субкомпенсированном течении СЭИ, проведение плазмафереза при декомпенсированном течении СЭИ и гемосорбции при декомпенсированном течении СЭИ с полиорганной недостаточностью (гестоз III степени) привело к снижению ИСЭИ, в среднем, на 50-70 %, что на фоне общебазисной терапии сопровождалось улучшением и стабилизацией состояния беременных до момента родоразрешения.

ПЕРМЯКОВА С.Ю., ВАХОВСКИЙ В.А., ШЕВЕЛЕВ В.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 11,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГЕРОНТОЛОГИИ

В настоящее время увеличилось количество лапароскопических вмешательств, как метода лечения желчнокаменной болезни. Операции подобного плана стали выполнять пациентам пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, что привело к увеличению риска анестезии.

Создание карбоксиперитонеума приводит к повышению интраабдоминального давления, что ведет к снижению преднагрузки и сердечного выброса. Изменение периферической гемодинамики характеризуется увеличением общего периферического сопротивления (до 50 % от исходного). Клинически это проявляется транзиторным повышением артериального давления, тахикардией, ростом центрального венозного давления. Положение Фовлера способствует развитию периферического застоя и выраженным снижением как преднагрузки, так и сердечного выброса.

Цель исследования – оптимизация анестезиологического обеспечения при проведении экстренных эндоскопических вмешательств на органах брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В контрольную группу (n = 23) были включены пациенты старше 60 лет (средний возраст 69 ± 6 лет), имеющие в анамнезе ишемическую болезнь сердца (стабильная стенокардия напряжения, функциональный класс I-III), гипертоническую болезнь (II стадии), недостаточность кровообращения (I-II степени), у 12 пациентов отмечены нарушения сердечного ритма. Всем пациентам была выполнена экстренная лапароскопическая холецистэктомия по стандартной методике, методом выбора анестезии был эндотрахеальный наркоз.

В основную группу (n = 10) были включены пациенты, которым проводилась комбинированная анестезия путем сочетания ЭТН и эпидуральной анестезии путем катетеризации эпидурального пространства с введением 1 % раствора лидокаина из расчета 1 мл на сегмент.

Перед операцией в обеих группах проводилась коррекция исходной гиповолемии, водно-электролитных нарушений, коррекция гемодинамических сдвигов. Больные были сравнимы по сопутствующей патологии, основному заболеванию, возрасту и полу, длительности оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 1-й группе пациентов, которым проводилось стандартное анестезиологическое пособие, в 55 % случаев отмечалось развитие артериальной гипертензии при переводе пациента в положение Фовлера с ротацией операционного стола на 20-30 градусов, что с увеличением общего периферического сопротивления как компенсацией на уменьшение сердечного выброса. В ряде случаев для ее купирования требовалось применение инфузии нитратов. В 6 % случаев зарегистрированы эпизоды ишемии миокарда (по снижению зубца ST ниже изолинии), регрессировавшие в течение 6-8 часов после операции. У 1 пациента в послеоперационном периоде развился острый инфаркт миокарда.

Во 2-й группе, при имеющейся артериальной гипертензии, отмечалось снижение артериального давления при болюсном введении раствора лидокаина в эпидуральный катетер, отсутствие гемодинамических сдвигов при наложении пневмоперитонеума, изменении положения тела, на всех этапах оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде у всех пациентов не отмечалось ухудшения трофических нарушений миокарда, возникновения нарушений ритма, требовавших лечения в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение комбинированной анестезии путем сочетания эндотрахеального наркоза и продленной эпидуральной анестезии позволяет нормализовать периоперационные гемодинамические сдвиги, уменьшить отрицательное влияние пневмоперитонеума при проведении лапароскопических операций у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, что приводит к уменьшению количества осложнений в послеоперационном периоде.

ПОПОВ Д.В., РИПП Е.Г.
Сибирский государственный медицинский университет,
ЛПМУ Городская больница № 3,
г. Томск

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ФОНЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Цель – изучение аритмий у больных, оперированных на органах брюшной полости с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией на фоне различных методов анестезиологического пособия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 135 пациентов (мужчин 91), оперированных на органах брюшной полости. Возраст – от 44 до 91 года (средний возраст 63 ± 8,3 года). Сопутствующая сердечно-сосудистая патология: у 96 пациентов – ГБ I-II ст., у 25 – ГБ II-III ст., у 39 – ИБС, в том числе у 9 чел. – ПИКС. Метод нейролептаналгезии (НЛА) был применен у 65 больных (I группа), 70 пациентов были оперированы под общей анестезией, базисным анестетиком которой являлся кетамин (II группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе (n = 65) в дооперационном периоде наджелудочковая экстрасистолическая аритмия (ЭА) зафиксирована у 11 больных (16,9 %), желудочковая – у 6 (9,2 %). Пароксизмы фибрилляций предсердий (ПФП) отмечались у двух человек. В интраоперационном пероиоде количество пациентов с ЭА увеличилось до 35 (53,9 %), причем у 28 чел. (43,1 %) отмечалась наджелудочковая ЭА, у троих (4,6 %) регистрировалась желудочковая ЭА, у одного (1,5 %) развилась желудочковая тахикардия (ЖТ), повлекшая за собой клинически значимую гипотензию, потребовавшую проведения неотложных мероприятий. Пароксизмы ФП были зарегистрированы у двух человек (3 %). Через сутки ЭА регистрировалась у 20 больных (30,7 %), при этом во всех случаях регистрировалась наджелудочковая ЭА, а ФП сохранялась у двух человек (3 %).

Во II группе во время оперативного вмешательства ЭА зафиксирована у 24 больных (34,3 %), пароксизмы ФП – у 22 (31,4 %), приступы ЖТ – у трех больных (4,3 %). В послеоперационном периоде количество пациентов с ЭА выросло более чем в 2,5 раза и составило 47 человек (67,1 %), пароксизмы ФП продолжали регистрироваться у 14 больных (20 %).

Таким образом, возникающие экстрасистолические нарушения у больных, оперированных на фоне НЛА, наиболее часты во время проведения болевого этапа операции и носят непродолжительный характер. У лиц, оперированных на фоне кетамина, экстрасистолические расстройства отмечаются на протяжении гораздо более длительного времени, с отчетливой тенденцией к возрастанию в своем количестве на вторые сутки. Кроме того, анестезия кетамином способна вызывать пароксизмы ФП, стойко регистрирующиеся в течение последующих суток, и способствует возникновению ЖТ во время оперативного вмешательства.

РИПП Е.Г., ШИПАКОВ В.Е., ПОПОВ Д.В., ДАДЭКО С.М.,
СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О., ГУСЕВ Е.В.
Сибирский государственный медицинский университет,
ЛПМУ Городская больница № 3,
г. Томск

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИСФУНКЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

Цель исследования – изучение взаимосвязи между нарушением функционального состояния системы гемостаза (ФСГ), тяжестью состояния пациентов с острой кровопотерей (ОК) и прогнозом заболевания.

В проспективное рандомизированное исследование были включены 109 пациентов мужского пола (средний возраст 41,6 ± 8,1 года), поступавшие в ОРИТ Томской ОКБ с ОК вследствие изолированных травм органов брюшной и грудной полостей, сочетанной травмы и острого кровотечения в ЖКТ. Объем кровопотери составлял 1200-9400 мл.

Оценка тяжести состояния пациентов и прогноз заболевания осуществлялись в соответствии с

протоколом универсальной диагностической системы APACHE-III. Показатели, характеризующие ФСГФ, исследовались с помощью стандартных коагулологических тестов и гемокоагулографа АРП-01 «Меднорд». По протоколу системы APACHE-III пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – менее 30 баллов (n = 30), вторая – от 30 до 60 (n = 46), 3 группа – более 60 баллов (n = 33).

Упациентов 1 группы при поступлении определялась «реакция напряжения» – активация плазменных и тромбоцитарных факторов свертывания с параллельной (компенсаторной) активацией антикоагулянтного звена системы гемостаза. На фоне интенсивной терапии (ИТ) наблюдалась умеренная гипокоагуляция с нормализацией показателей к 3 суткам. Подобная динамика ФСГ является благоприятным признаком – летальность в данной группе было равна нулю.

У 23 % пациентов 2 группы динамика нарушений гемокоагуляции была аналогична «реакции напряжения», однако с большей степенью описанных сдвигов. У 47 % пациентов определялась коагулопатия потребления с активацией антикоагулянтов плазмы крови, значительным увеличением фибринолитической активности и тромбоцитопенией. У 30 % пациентов определялся смешанный вариант ДВС-синдрома – наряду с тромбинемией, наблюдалось значительное повышение антикоагулянтного потенциала плазмы и нарушение фибринообразования. Клинические проявления МОД манифестировали через 12-24 часов (и позднее) после ОК. У 37,5 % пациентов развился синдром острого легочного повреждения. Олигоанурия наблюдалась в 75 % случаев, острая печеночная недостаточность – в 35 %, синдром системного воспалительного ответа (СИРС) – у 62,5 % больных. Летальность во второй группе составила 21 %.

В 3 группе у 47 % пациентов определялась резко выраженная гипокоагуляция (гипокоагуляционный вариант/стадия ДВС-синдрома). 89 % больных данной подгруппы погибли от продолжающегося коагулопатического кровотечения в первые сутки. У 53 % больных наблюдалась прогрессирующая гиперкоагуляция с угнетением/истощением фибринолитической системы (гиперкоагуляционный вариант ДВС-синдрома). Смерть наступала на 5-24 сутки от нарастающего поражения органов-мишений (синдромов МОД и СИРС). Летальность в 3 группе составила 56,3 %.

Таким образом, система APACHE-III достоверно отражает тяжесть состояния пациентов с ОК. Во всех случаях наблюдалась прямая корреляция между тяжестью состояния пациентов, выраженной в баллах, и летальностью. Исследование ФСГ повышает точность оценки тяжести состояния и прогноза у больных с ОК, позволяя на ранних этапах выявлять пациентов, имеющих тенденцию к развитию тромбо-геморрагических осложнений, синдрома мультиорганной дисфункции и неблагоприятному исходу заболевания.

СИВОРОНОВ К.Н., КАМЕНЕВ А.А., АФАНАСЬЕВ Д.В.,
КАМЕНЕВА Е.А., ЗИМА Н.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ МЕДНЫМ КУПОРОСОМ

Отравления медным купоросом относятся к группе отравлений соединениями тяжелых металлов. Смертельная доза для взрослого человека составляет 10 г. Летальность при отравлениях тяжелыми металлами при современных методах лечения равна 15-19 %.

Основными сферами избирательной токсичности медного купороса являются поражение эритроцитов, эпителия почечных канальцев, печени, кишечника и нервных клеток. Поэтому внутрисосудистый гемолиз, нефропатия (гемоглобинурийный нефроз + некроз эпителия почечных канальцев), токсическая дистрофия печени и неврологическая симптоматика превалируют в клинической картине отравления. Особенностями отравления у детей являются объективные трудности в проведении активных методов детоксикации, в частности, гемодиализа, так как необходимо достижение малого контура экстракорпорального кровообращения. Приводим опыт успешного лечения ребенка 2 лет с тяжелым отравлением медным купоросом.

Больной М., 2 г. 6 мес., история болезни № 29349, поступил 04.10.2003 г. в ЦРБ г. Тайга с диагнозом «Отравление медным купоросом, тяжелое, случайное». 06.10.2003 г., в связи с невозможностью санации гемолиза в виду объективных причин и развития клиники острой почечно-печеночной недостаточности (токсигенная стадия отравления) больной переводится в областной центр по лечению острых отравлений г. Кемерово (центр лечения отравлений – ЦЛО).

Состояние при поступлении в ЦЛО крайне тяжелое, тяжесть состояния обусловлена экзотоксическим шоком, внутрисосудистым гемолизом, острой почечно-печеночной недостаточностью. Больной в сознании, заторможен, зрачки одинаковые, фотореакция сохранена. Кожные покровы желтушные, отеков нет. Дыхание спонтанное, ЧД 39 в мин., аускультативно – везикулярное. АД 80/40 мм рт. ст., Ps – 136 ударов в мин. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, печень + 5 см из-под края реберной дуги. Анурия. Стул жидкий, черного цвета. Лабораторные показатели: содержание меди в крови от 06.10.2003 г. – 54 мкмоль/л (норма 14,1-29,8 мкмоль/л), анемия (эритроцитов – 2×10^{12}/л, Hb – 55 г/л), лейкоцитоз до $25,4 \times 10^{9}$/л с палочкоядерным сдвигом до 38 %, Ht – 20, K^+ – 6,5 ммоль/л, Na^+ – 131 ммоль/л, св. Hb крови – 7,5 г/л, креатинин – 0,38. Мочевина, билирубин, АСТ, АЛТ, масса средних молекул (МСМ), общий белок – гемолиз. По данным ФГДС – клиника состоявшегося кровотечения из геморрагических эрозий желудка. В плевральных и брюшной полостях, по УЗИ, умеренное количество жидкости (полисерозит).

В день поступления проведено заменное переливание крови в объеме 75 % ОЦК и плазмаферез в объеме 330 мл (замещение СЗП в объеме 350 мл). Консервативная терапия, включала: ощелачивание плазмы, антидотная терапия (унитиол по 1,5 мл 5 % раствора на 100 мл 10 % глюкозе), спазмолитическая (эуфиллин по 1,5 мл 2,4 % + папаверин 2 % – 0,2 мл до 6 раз в сутки в/в), антибактериальная (ампициллин по 250 тыс. 6 раз в сутки), обезболивающая (анальгин по 1 мл в/м), трансфузионная с целью коррекции гемической гипоксии (перфторан 6 мл/кг (90 мл) однократно) и анемии (объединенная эритроцитарная масса 100 мл), гепатопротекторная (эссенциале по 3 мл), противоязвенная (альмагель и ранитидин по 10 мг per os), витаминотерапия. Состояние ребенка оставалось критическим, прогрессировала токсическая энцефалопатия, почечно-печеночная недостаточность, реактивный панкреатит.

10.10.2003 г., для проведения гемодиализа, произведена венесекция на правом бедре и катеризация подключичной вены справа. За время нахождения пациента в отделении реанимации проведено по 4 сеанса плазмофереза и гемодиализа с использованием аппаратов ЦЛПЗ-3,5 и Gambro AK-10. Контур на первом гемодиализе заполнялся донорской кровью после проведения проб на биологическую и индивидуальную совместимость, в последующем 50 мл 10 % раствора альбумина + 125 мл реополиглюкина, используемый диализатор Fresenius-F3, гепаринизация составляла 1000 ед., скорость кровотока 50-75 мл/мин, продолжительность от 90 мин до 4 часов, потери составляли от 0,7 до 1,6 кг.

На фоне проведения активных методов детоксикации получена положительная динамика, как в состоянии пациента, так и по лабораторным показателям. 27.10.2003 г. ребенок выписан с выздоровлением.

Таким образом, успешное лечение больного с отравлением медным купоросом и длительным несанированным гемолизом было предопределено проведением адекватных противошоковых мероприятий и применением современных методов детоксикации: заменное переливание крови, гемодиализ и плазмоферез. Уникальность этого случая объясняется высокой степенью летальности при острых отравлениях медным купоросом у детей, трудностью в обеспечении экстракорпорального контура для проведения гемодиализа в раннем детском возрасте.

СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О., ТЮТРИН И.И., ШИПАКОВ В.Е.,
ОВСЯННИКОВ Ю.А., ДАДЭКО С.М., РИПП Е.Г., ГУСЕВ Е.В.
Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии,
г. Томск

НОВЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Актуальная проблема диагностики и лечения тромбогеморрагических расстройств, являющихся важным звеном патогенеза сердечно-сосудистых, инфекционных, онкологических, иммунных болезней, всех видов шока, и оказывающих существенное влияние на их течение и прогноз, в настоящее время еще очень далека от разрешения. Мнения ученых относительно практической значимости одной и той же коагулологической методики, как правило, неоднозначны. Кроме того, эффективность гемостазиологического обследования остается еще довольно низкой вследствие трудности интерпретации результатов многочисленных коагулологических тестов и методик, их невысокой достоверности и воспроизводимости.

На базе кафедры анестезиологии и реаниматологии СибГМУ нами был разработан новый метод исследования свертывающей системы гемостаза, заключающийся в измерении электропроводности крови при пропускании через переменный ток.

Исследование осуществляют следующим образом. Производят забор венозной крови по общепринятой методике, непосредственно во фторопластовую кювету, прогретую до 37°С. Устанавливают кювету с исследуемой пробой в прибор, затем в нее погружают электроды, отмечая время, прошедшее от начала забора крови до начала исследования. Данные, полученные прибором, выводятся в виде кривой, отражающей изменения электропроводности пробы крови во время свертывания. Исследования проводились в диапазонах частот от 20 Гц до 20 кГц.

Анализ полученных данных позволил сделать следующие **выводы**:

1. С увеличением частоты проводимость свертывающейся крови увеличивается.
2. Чем больше частота, тем меньше относительное изменение проводимости.
3. Наиболее благоприятные значения частот, с точки зрения абсолютных величин проводимости, находятся в диапазоне 100-500 Гц.

В ходе работы исследования проводились в отделении ОАиР у 20 условно здоровых добровольцев и 30 больных, имевших различные расстройства системы гемостаза. После полной обработки результатов клинических исследований получены следующие критерии оценки функционального состояния системы гемостаза: При показателях t_1 = 8-14 мин, t_2 = 22-28 мин, К = 0,08-0,12, Т = 54-65 мин судят о нормальной активности свертывающей системы крови. При снижении t_1 менее 8 мин, t_2 менее 22 мин, К менее 0,08, Т менее 53 мин говорят о повышенной функциональной активности прокоагулянтного звена гемостаза (гиперкоагуляции), а увеличение указанных показателей выше нормы свидетельствует о снижении функциональной активности (гипокоагуляции).

ТОМАШЕВСКИЙ И.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ЛИ Г.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ

Оперативные вмешательства в практике современной ортопедии характеризуются высокой степенью агрессивности вследствие специфического воздействия костного цемента, используемого для фиксации имплантов, что приводит к выраженным изменениям гемостаза по типу подострого течения ДВС-синдрома. В связи с этим, является актуальной тактика анестезиологического обеспечения при эндопротезировании в ортопедии.

Цель исследования – изучить систему гемостаза при тотальном эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное исследование клинико-биохимических и гемостазиологических показателей проведено у 45 больных, оперированных по поводу коксартроза одного или обоих тазобедренных суставов, и у 15 больных, оперированных по поводу гонартроза одного из суставов. Система гемостаза исследовалась на анализаторе АРП-01 «Меднорд», также изучались ПТИ, фибриноген, АЧТВ, маркеры ДВС-синдрома, количество тромбоцитов. Исследование выполнялось перед операцией, сразу после выполнения собственно эндопротезирования и в первый час послеоперационного периода. Статистический анализ проводился непараметрическими критериями с помощью программы «Statistica».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных через 1 час после операции отмечалось увеличение времени протромбиновой активности крови на 17,5 %, образования сгустка на 14 %, формирования фибрин-тромбоцитарной структуры сгустка на 17 %, суммарный показатель спонтанного лизиса сгустка увеличился на 20 %, константа коагуляции на 16,5 % ($p < 0,05$). ПТИ уменьшился на 20 %, фибриноген на 28 % ($p < 0,05$). Полученные результаты доказывают наличие латентного ДВС-синдрома после выполнения агрессивного этапа операции и в ближайшем послеоперационном периоде у 100 % пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У всех больных с эндопротезированием тазобедренного и коленного суставов по методике це-

ментной фиксации имплантанта развивается латентная форма ДВС-синдрома. В связи с этим, необходимо разработать и оптимизировать схему коррекции системы гемостаза.

ШАТАЛИН А.В., КРАВЦОВ С.А., ПРОНСКИХ А.А., ГИЛЕВ Я.Х.
ФГЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

На современном этапе развития хирургии, анестезиологии, трансфузиологии сформированы уже устоявшиеся традиции по восполнению кровопотери, возникающей в ходе оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде. Однако в настоящее время необходимо преодоление представлений об абсолютной необходимости переливания препаратов донорской крови при целом ряде оперативных вмешательств. Широкое использование препаратов донорской крови связано с расширением оперативной активности в разных областях хирургии. В том числе при костнопластических реконструктивных операциях в ортопедии и травматологии, где оперативное вмешательство сопровождается большой кровопотерей. К таким операциям относится и эндопротезирование тазобедренного сустава.

Цель исследования – оптимизация тактики инфузионно-трансфузионной терапии у пациентов при объемных плановых оперативных вмешательствах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 94 пациента. Из них 49 мужчин и 45 женщин в возрасте от 28 до 75 лет (54 ± 1,1). Под наблюдением находились пациенты с врожденной или приобретенной патологией тазобедренного сустава. Первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава было выполнено 92 пациентам. Двум пациентам было проведено ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава, оба пациента были из исследуемой группы. Использовались следующие имплантанты: Zweimuller – 36, ЭСИ – 46, Феникс – 9, Biomet – 1. Использовалась бесцементная фиксация стандартных компонентов (тазовый и бедренный компоненты). Всем пациентам требовалась коррекция кровопотери во время операции и раннем послеоперационном периоде.

Пациенты были разделены на 2 группы: контрольную и исследуемую. Контрольная группа – 40 пациентов, средний возраст 56 ± 2 лет. Возмещение кровопотери во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде проводили с использованием компонентов донорской крови.

Исследуемая группа – 54 пациента, средний возраст 53 ± 1,2 года. Им в предоперационном периоде проводили забор аутокрови по методике, разработанной в нашей клинике. Возмещение кровопотери во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде проводили с использованием предварительно заготовленных компонентов аутокрови. Аутогемокомпоненты заготавливали в течение 5-6 дней до оперативного вмешательства. Забор проводился по оригинальной методике, разработанной в нашей клинике, и включал в себя два этапа. Последний забор крови у больных проводился за трое суток до оперативного вмешательства. Объем заготовленных аутогемокомпонентов после двух этапов составляет: ауто-СЗП 600 мл и аутоэр. массы 400 мл.

Для контроля адекватности проводимой коррекции кровопотери оценивали состояние гемодинамики (АД диаст., АД сист., АД ср., ЧСС, УО, МОК, DO_2, SpO_2). Оценивали показатели кислородотранспортной функции крови: количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, насыщение, доставку и экстракцию кислорода тканями. Учитывали объем интраоперационной кровопотери и кровопотерю в течение первых суток после операции. Исследования проводили непосредственно перед оперативным вмешательством и на 1, 3-5, 7-9 сутки после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объем периоперационной кровопотери в исследуемой группе составил 1150 ± 44 мл, в контрольной группе – 1153 ± 62 мл.

Проводимая предоперационная заготовка аутокрови не оказывает отрицательного воздействия на гемодинамические показатели, уровень исследуемых показателей центральной гемодинамики сохраняется весь период исследования в пределах нормы.

Предоперационный этапный забор аутокрови стимулировал гемопоэтическую функцию организма пациентов, что проявлялось повышением количества ретикулоцитов в 1,8 раза и иммунную систему (увеличение лимфоцитов) в 1,2 раза.

Инфузионно-трансфузионная терапия с применением компонентов аутокрови, при сравнитель-

ной характеристике инфузионно-трансфузионной терапии с использованием препаратов гомологичной крови, оказывает активизирующее влияние на показатели «красной» крови, что проявляется более быстрым их восстановлением в раннем послеоперационном периоде.

Предложенная тактика инфузионно-трансфузионной терапии с использованием заранее заготовленных компонентов аутокрови, кроме всех положительных качеств, обладает экономической рентабельностью, позволившей нам снизить длительность пребывания в стационаре пациентов данной группы в 1,2 раза, в ОРИТ – в 1,8 раза, в 10 раз сократить использование донорской СЗП и в 12 раз – донорской эритроцитарной массы; в 90 % случаев при проведении оперативного вмешательства исключить использование компонентов донорской крови.

ШИПАКОВ В.Е., РИПП Е.Г., ДАДЭКО С.М.,
ГУСЕВ Е.В., СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О.
Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии,
г. Томск

МОНИТОРИНГ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ЭКСПРЕСС-МЕТОДОМ ГЕМОКОАГУЛОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

Исследования, посвященные изучению гемостаза у хирургических больных, позволяют заключить, что расстройства гемокоагуляции и фибринолиза при кровопотере наблюдаются значительно чаще, чем об этом принято думать, так как инфузионная терапия, применяемая для коррекции кровопотери, направлена в основном на восполнение объема циркулирующей крови и далеко не всегда осуществляется с учетом функционального состояния компонентов системы гемостаза. Это, с нашей точки зрения, объясняется отсутствием в широкой клинической практике периоперационного мониторирования системы гемокоагуляции, для детальной оценки которой требуется выполнение сложной и трудоемкой программы исследования, что занимает большое количество времени и требует дорогостоящих реактивов.

Объектом нашего исследования послужили 63 больных хирургического профиля в возрасте от 18 до 50 лет, имевшие в интраоперационном периоде кровопотерю свыше 20 % от ОЦК. Оценка объема кровопотери осуществлялась гравитационным методом.

Базовым методом исследования гемокоагуляции послужил разработанный на кафедре анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии СибГМУ инструментальный экспресс-метод оценки функционального состояния компонентов системы гемостаза и фибринолиза с использованием анализатора реологических свойств крови портативного АПР-01 «Меднорд», основанный на регистрации самых незначительных изменений агрегатного состояния крови, которые отражают внутренние процессы, протекающие в ней при свертывании и лизисе сгустка. Он позволяет в довольно короткие сроки (от 30 до 90 минут) получить достаточный объем информации о состоянии сосудисто-тромбоцитарного, коагуляционного компонентов гемостаза и фибринолиза.

Анализ функционального состояния компонентов системы гемостаза осуществлялся исходно перед операцией, интраоперационно на пике кровопотери, в первые и третьи сутки послеоперационного периода.

Проведенные исследования позволили выявить два основных вида нарушений в системе гемостаза при острой интраоперационной кровопотере. При потере крови в пределах 1,5 л отмечалась гиперкоагуляция (33 больных), при массивной кровопотере – гипокоагуляция (30 больных).

Это позволило уже в интраоперационном периоде избирательно подходить к выбору инфузионных средств. Так, при гиперкоагуляционных сдвигах предпочтение отдавалось кристаллоидным растворам и низкомолекулярным декстранам. При наличии признаков гипокоагуляции обязательным компонентом инфузионной терапии становилось введение СЗП, что позволяло коррегировать развивающуюся коагулопатию потребления.

Таким образом, мониторинг гемостаза на этапах оперативного лечения и целенаправленный выбор инфузионных средств для купирования гиповолемии, позволяют осуществлять профилактический подход к проблеме лечения тромбогеморрагического синдрома у хирургических больных, перенесших острую интраоперационную кровопотерю.

АХМЕТЧИН А.Б., МЕЛЮКОВА О.Ю., КОЛПИНСКИЙ Г.И.,
ПОНОМАРЕВА М.В., КОЧЕТКОВА Н.Н.
*МУЗ Клинический консультативный диагностический центр,
г. Кемерово*

РОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Ультразвуковое сканирование органов малого таза является важнейшей частью, компонентом скринингового обследования, при диагностике различных заболеваний органов малого таза. Каждая пациентка, обратившаяся впервые за гинекологической помощью в Клинический консультативный диагностический центр г. Кемерово, направляется для проведения ультразвукового исследования (УЗИ). При этом важным является то, что пациентка имеет возможность получить консультацию гинеколога, пройти УЗИ; вернуться с результатом сонографии к врачу-гинекологу за несколько часов. Это позволяет сократить время установления диагноза, а также назначить индивидуальный план лечения и наблюдения.

За один год нами было обследовано в плане проведения скрининг-диагностики 4350 женщин. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось трансабдоминальным и трансвагинальным доступами мультичастотными датчиками от 3,5 МГц до 7,5 МГц с цветным доплеровским картированием. В 560 случаях (12,8 %) выявлены хронические воспалительные процессы матки и придатков матки, у 380 женщин (8,7 %) выявлены острые воспалительные процессы придатков матки, 185 пациенток (4,2 %) обследованы с подозрением на эктопическую беременность.

В 74 случаях (1,7 %) диагноз подтвержден при динамическом трансвагинальном УЗИ и оперативном лечении в условиях стационара. У 1815 обследованных женщин (41,7 %) была выявлена фибромиома тела матки, в том числе с субмукозным ростом у 520 пациенток (11,9 %). У 615 обследованных (14,1 %) была выявлена гиперплазия эндометрия, в том числе у 215 женщин (4,9 %) полипы эндометрия.

Во всех случаях полипы эндометрия подтверждены при гистологическом исследовании. У 615 пациенток (14,1 %) выявлен эндометриоз тела и шейки матки, подтвержденный при проведении кольпоскопии и гистероскопии. В 515 случаях (11,8 %) выявлены кисты и кистозные изменения яичников, истинные опухоли яичников – у 215 женщин (4,9 %). В 100 % случаев подозрения на истинные опухоли диагноз подтвержден при оперативном лечении.

Уточнение диагноза при ультразвуковом обследовании явилось важной составляющей индивидуальной программы ведения каждой из пациенток.

БЖИТСКИХ А.В., БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н.,
ЧУНАРЕВ В.Ф., ПЕТРОВ А.Я.
*НУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово,
г. Кемерово*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ ГРАФИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕНТГЕНОЛОГИИ

Цель исследования – автоматизация работы врачей-рентгенологов с цифровым флюорографом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Цифровой крупнокадровый флюорограф ФЦУ-У-01 был поставлен в наше учреждение со своим программным обеспечением и локальной базой данных. На основе разработанного нами программного обеспечения, в рамках локальной вычислительной сети лечебного учреждения, реализована следующая технология. Выделено рабочее место лаборанта и врача-рентгенолога (АРМ-рентгенолога) и объединена база данных в единую сеть учреждения без нарушения технологического процесса производства флюороснимков. На рабочем месте лаборанта производится поиск пациента в базе данных, его идентификация, флюорограмма. После этого флюорограмма немедленно становится доступным для анализа на рабочем месте врача-рентгенолога.

Врач-рентгенолог просматривает поступившие флюорограммы в простом графическом редакторе или редакторе, позволяющем более детально про-

анализировать снимок, делает заключение, руководствуясь шаблоном описания, и сохраняет информацию в базе данных. Флюороснимок и текстовое заключение могут быть напечатаны на принтере, выданы больному на любом накопителе информации (дискета, CD и т.д.). Технология позволяет работать врачу и лаборанту независимо друг от друга и одновременно. В локальную вычислительную сеть графические объекты (флюоросниики) поступают после их обработки врачом-рентгенологом. После этого они могут быть просмотрены любым участником сети, имеющим право доступа к медицинской информации.

Программное обеспечение сделано таким образом, что все хранящиеся в базе данных флюороснимки и заключения на конкретного пациента могут быть просмотрены в виде галереи на одном экране. Любой из снимков может быть выбран для более тщательного анализа.

АРМ врача рентгенолога предусматривает также возможность:

- накапливать данные по патологическим находкам, выявленным в процессе чтения снимков, лучевой нагрузке, направленных пациентов на дообследование, определять, какое проведено чтение, первое или второе;
- получать отчетность по выполненным нагрузкам врачами-рентгенологами, патологическим находкам, лучевой нагрузке врача, лаборанта и больного, выполненным исследованиям по первому и второму чтению, выполнению флюорографического плана по предприятиям и т.д.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сетевая компьютерная технология обработки флюороснимка позволила увеличить пропускную способность флюорографа; организовать рабочее место врача-рентгенолога в удаленном кабинете; снизить размеры флюороснимка в 3 раза без потери качества; получать быстрый доступ к снимкам, по сравнению с исходной программой; улучшить качество анализа флюороснимков с использованием галерей снимков; улучшить сбор сведений, необходимых для анализа работы кабинета; значительно сэкономить время больного и медицинских работников при доступе к информации.

БУНИНА О.Г., ВАВИН Г.В., БОБЫРЬ И.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Диагностические задачи лабораторной экспресс-диагностики неотложных состояний имеют достаточно специфический характер. Во первых, это ее практическое назначение. Проведение лабораторных исследований преследует оценку нескольких ключевых моментов: состояния больного для синдромальной диагностики, соответствия компенсаторных и адаптационных возможностей организма полученному повреждению с прогнозированием течения компенсаторно-адаптационных процессов, развития осложнений и исхода, эффективности лечения на ранних этапах (Губарь Л.Н., 1979; Дерябин И.И., 1997; Агаджанян В.В., 2003; Устьянцева И.М., 2004).

Наиболее объективную информацию может дать оценка основных физиологических функций крови (Коршунов Г.В., 1998; Масютин В.А. и др., 1999; Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., 2003). Особенно актуальными при неотложных состояниях становятся общеклинические и биохимические исследования транспорта O_2 и CO_2, оценка кислотно-основного и газового состава крови, морфологической картины крови, транспорта субстратов и метаболитов, системы гемостаза и защитных механизмов.

Требования к организации лабораторной экспресс-диагностики включают в себя постоянную готовность специалистов всех уровней, высокую квалификацию лабораторного персонала, непосредственную территориальную близость лаборатории к приемному и реанимационно-анестезиологическому отделениям, постоянную готовность оборудования и достаточное обеспечение всеми необходимыми расходными материалами. Накопленный нами опыт работы показывает, что недостаточность любого звена этой системы может свести на нет диагностическую значимость лабораторного заключения.

В ГКБ № 3 существуют все условия для проведения экстренной лабораторной диагностики неотложных состояний практически любого уровня сложности. Клинико-диагностическая лаборатория располагает специализированным экстренным биохимическим и общеклиническим отделами, расположенными непосредственно в принмном отделении, функционирующими круглосуточно.

Ключ к достижению качества — это сотрудники, обладающие необходимыми знаниями и навыками, пониманием проблем всех этапов исследования (Кущака А.И., 2001). Достаточно высокая квалификация лабораторного персонала поддерживается периодическими специализациями в ведущих учреждениях последипломного образования и НИИ МЗ РФ. Постоянные занятия с персоналом среднего звена, внутрилабораторные конференции поддерживают квалификацию лаборантского состава на должном уровне. В лабораторную практику внедрено более тридцати биохимических и общеклинических методик экстренной лабораторной диагностики, позволяющих в кратчайшие сроки, с использованием минимальных объемов биоматериала, предоставить объективную диагностическую информацию. Лаборатория обеспечена набором достаточно современного оборудования, используются реактивы только проверенных и надежных производителей.

Работа экстренного отдела протекает в достаточно напряженном режиме. За дежурные сутки выполняются, в среднем, от одной до полутора тысяч исследований. В таких условиях следует принимать специальные меры для обеспечения надлежащего уровня качества результатов. К таким мерам мы относим «усиление» бригады в дежурные дни, когда нагрузка на диагностическую службу наиболее серьезная, обязательное постоянное присутствие врача клинической лабораторной диагностики в составе дежурной бригады, осуществляющего контроль и профессиональное методическое руководство.

Избегать диагностических ошибок позволяет тесное оперативное сотрудничество с врачами клинических специальностей, при малейшем подозрении в несоответствии лабораторных результатов клиническим данным тщательно проверяется надежность аналитических систем и, если это необходимо, исследование проводится повторно («Лучше никакой анализ, чем неправильный!» Эмануэль В.Л., 2000). Проведение единичного исследования всегда более затратно, чем серийный анализ, в этой связи разумным, по-нашему мнению, является расстановка исследований в порядке приоритетности относительно их диагностической значимости применительно к конкретной патологии — в большинстве случаев существует возможность сгруппировать материалы от нескольких пациентов в серию.

Полагаем, что наш опыт в организации лабораторной экспресс-диагностики неотложных состояний будет интересен не только руководителям клинико-диагностических служб и их сотрудникам, но и клиническим врачам.

ВАЛЕУЛОВА Е.В., СЕРИКОВА Н.Б., ПОНАСЕНКО А.В, ДЮЛЕМБО О.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ МИКРООРГАНИЗМОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS И PSEUDOMONAS AERUGINOSA

В бактериологической лаборатории выделение микроорганизмов — возбудителей внутрибольничных инфекций из материалов от пациентов сопровождается определением их чувствительности к известному набору антибиотиков (в зависимости от вида выделенного возбудителя). Для определения чувствительности использовали наборы дисков НИИ антибиотиков г. Санкт-Петербурга.

Метод определения чувствительности микроорганизмов к противомикробным лекарственным средствам основан на подавлении их роста при диффузии антибиотиков из картонных дисков в засеянный питательный агар. Этот метод является наиболее распространенным в силу технической простоты и доступности широкому кругу микробиологических подразделений клинических учреждений. Интерпретация результатов проводилась на основе промеров в миллиметрах зон задержки роста тестируемых микроорганизмов и оценки их по специальным таблицам. Чувствительность выделенной микрофлоры определяется к 7-8 группам антибиотиков.

При анализе данных чувствительности отмечалось появление множественной лекарственной устойчивости. В связи с этим, очень важна роль микробиологической лаборатории по организации систематического контроля за спектром резистентности выделенных микроорганизмов к используемым антибиотикам, назначением антибиотиков строго в соответствии с результатами определения чувствительности, регулярная информация (совместно с госпитальными эпидемиологами) о состоянии антибиотикорезистентности микроорганизмов, циркулирующих в больнице.

За период по годам проведено: 2002 год — 2688 определений, 2003 год — 2494 определений, 2004 год — 2596 определений.

За период 2002-2004 гг. был проведен анализ антибиотикочуствительности выделенной микрофлоры из ран в отделениях хирургического профиля.

В результате анализа полученной зависимости был сделан вывод, что применение ванкомицина, ципрофлоксацина, линкомицина, тобромицина, цефтазидима, оксациллина, клиндомицина, цефалексина нецелесообразно из-за их высокой устойчивости к S. aureus. P. aeruginosa в 100 % случаев устойчива к левомицитину и цефтазидиму, высоко устойчива к тобромицину и ципрофлоксацину.

На основании данных анализа можно сделать вывод, что необходимо расширять спектр антибиотиков, используемых в клинической практике МУЗ ГКБ № 3, а антибиотики с высокой степенью устойчивости следует исключить из применения при лечении заболеваний, вызванных S. aureus и P. aeruginosa.

ВЛАД А.Р., СЕМЕНОВ С.Е., БУХТОЯРОВА В.И., ФРОЛКОВ Э.В.
ГУ НППЛ реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН, Кемеровский областной клинический онкологический диспансер, г. Кемерово

СПИРАЛЬНАЯ КТ-АНГИОГРАФИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ПОПЕРЕЧНЫХ СИНУСОВ

Цель работы – уточнение разновидности локализации тромботической обструкции в церебральных поперечных венозных коллекторах с использованием режима объемной визуализации на спиральной компьютерно-томографической ангиографии (СКТА).

МАТЕРИАЛ

Обследованы 60 пациентов с клиническими признаками интракраниального венозного застоя вследствие тромботической обструкции церебральных венозных структур различного генеза, степени и локализации. Из них, с тромботической обструкцией поперечных синусов – 39 человек (65 % случаев), в т.ч. полный тромбоз – 28,3 % случаев, частичный тромбоз – 36,7 %. Всем пациентам была выполнена СКТА с усредненной задержкой сканирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для верификации вида тромботической обструкции нами использовались как нереконструированные, так и реконструированные срезы в режиме MPR, MIP, VR. При полной тромботической обструкции отмечалось отсутствие контрастирования на всем протяжении пораженного синуса, как на нереконстриуированных, так и на реконструированных изображениях в указанных режимах. При частичном тромбозе были определены разновидности локализации тромбоза в виде локализации тромба со стороны затылочной кости, центрального расположения тромба, контраоссального расположения тромба.

Зона обструкции определялась в виде дефекта наполнения на фоне остаточного контрастированного просвета синуса. Однако при использовании реконструкции в MPR и MIP в одном случае нами первоначально был определен тип обструкции с центральным расположением тромба, тогда как при анализе нативных нереконструированных СКТА-срезов и при VR-реконструкции был выставлен диагноз контраоссального церебрального венозного тромбоза. Данное затруднение в определении разновидности тромбоза было обусловлено наложением компенсаторно расширенного коллатерального сосуда, пролегающего вдоль пораженного синуса.

Таким образом, при верификации тромботической обструкции в поперечных синусах использование реконструкции в режиме VR в сочетании с анализом нативных нереконструированных СКТА-срезов позволило с уверенностью уточнить разновидность локализации тромбоза.

ВОЛОКИТИН В.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
Госпиталь № 1 ГУВД Кемеровской области,
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр,
г. Кемерово

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИИ

По мере расширения объема знаний о дегенеративных заболеваниях позвоночника и совершенствования методов лечебного воздействия, постоянно присутствовала необходимость в наличии высокоинформативных диагностических методик, способных за короткие сроки дать исчерпывающую информацию о патологических изменениях в позвоночном столбе. Совершенствование диагностической базы происходило параллельно с расширением спектра хирургических вмешательств и давало возможность производить наиболее экономные доступы.

Рентгенография изначально являлась методом первичного лучевого исследования при различных заболеваниях позвоночника. Рентгенологический метод в сочетании с клинической диагностикой считался основным в предоперационном распознавании грыж межпозвонковых дисков. Следующим этапом стало применение йодсодержащих контрастных препаратов.

В настоящее время широко используется магнитно-резонансная томография. Правильно выбранная импульсная последовательность и ее параметры при проведении МРТ дают изображение высокой естественной тканевой контрастности. При этом дифференцируется содержимое дурального мешка. МРТ позволяет провести сканирование в любой плоскости, не прибегая к реконструкции изображения. При сагиттальном срезе МРТ дает возможность охватить сразу большую протяженность позвоночного столба, и без дополнительного контрастирования субарахноидальных пространств диагностировать наличие и определить размеры грыжевого выпячивания, степень сдавления отдельного корешка или всего дурального мешка и перекрытия грыжей диска позвоночного канала.

Новым достижением в компьютерной томографии является создание спирального томографа, что позволило, на основе сочетания непрерывного вращения рентгеновской трубки и движения стола, добиться получения четкой дифференциации между тканями патологического очага размером до 2 мм, а также их трехмерного изображения.

Для определения состояния мягкотканых структур и костных элементов у больных с наличием грыжи межпозвонкового диска при имеющейся клинике компрессии спинного мозга, спинномозговых корешков и сосудов 212 пациентам были проведены лучевые методы исследования. При этом, 125 пациентам проведена магнитно-резонансная томография соответствующего отдела позвоночника, и 87 пациентам проведена компьютерная томография позвонков и дисков на уровне заинтересованного позвоночно-двигательного сегмента.

Сравнительный анализ результатов обследования и интраоперационная верификация локализации грыжевого выпячивания показали, что магнитно-резонансная томография имеет чувствительность 98,9 %, специфичность 96,8 %, точность 97,8 %. Результаты КТ-исследований позволили определить чувствительность 90,6 %, специфичность 87,5 %, точность 89,1 %.

Современные неинвазивные методы исследования имеют высокую диагностическую эффективность, при этом ведущим методом является магнитно-резонансная томография.

ДЮЛЕМБО О.Н., ПОНАСЕНКО А.В., СЕРИКОВА Н.Б., ВАЛЕУЛОВА Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Складывающаяся в настоящее время в Кемеровской области неблагополучная эпидемическая обстановка по инфекциям, передаваемых половым путем, требует изменения подходов к диагностике и перехода на новые эффективные диагностические технологии.

Хламидийная инфекция играет существенную роль в развитии воспалительных заболеваний органов малого таза и нарушения репродуктивной функции у женщин, а так же неблагоприятного исхода беременности, инфицирования плода, повышения перинатальной смертности и развития

заболеваний новорожденных. У мужчин самым грозным осложнением является бесплодие. Широкому распространению урогенитального хламидиоза во многом способствует бессимптомное течение болезни.

Из-за возможного образования атипичных персистирующих форм Chlamydia trachomatis, диагностика инфекции может быть затруднена, поэтому в практику внедряется метод молекулярно-генетической диагностики (ПЦР-анализ), который характеризуется чувствительностью от 80-100 % и специфичностью 95-100 %. Именно благодаря ПЦР сегодня дана оценка истинной роли C. trachomatis в заболеваниях урогенитальной системы.

За 2004 год в бактериологическую лабораторию МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово обратились 148 человек с целью комплексного обследования на наличие хламидийной инфекции.

Исследования проводились: методом ИФА на наличие в сыворотке крови антител к C. trachomatis, 47 проб из 148 положительные (32 %); методом ИФА – выявление антигена C. trachomatis, 42 пробы из 148 положительные (28 %); методом ПЦР – на наличие ДНК C. trachomatis, из 148 исследований положительный результат в 49 случаях (33 %).

Таким образом, ни один из перечисленных методов сам по себе не обеспечивает 100 % достоверности получаемых результатов. Поэтому мы пришли к выводу, что логически обоснованным является комплексное применение 2-х методов, основанных на различных принципах: ПЦР-диагностика – для обнаружения ДНК возбудителя, а ИФА с определением классов антител – как метод, позволяющий определить стадию заболевания.

ЕГОРОВА Н.А., МАРТЫНЕНКО И.В., ГОЛЬДШМИДТ Н.А., ВАСИНСКАЯ О.А., ЗАХАРОВА Е.С., ДОЛГОПОЛОВА О.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.

Кемеровский государственный университет,
МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр,
г. Кемерово

СОДЕРЖАНИЕ КОМПЛЕМЕНТА И БАКТЕРИЦИДНЫЕ СВОЙСТВА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ

В динамике наблюдений за активностью иммунной системы у лиц, проживающих на территориях, загрязненных техногенными веществами, отмечается увеличение частоты хронизации инфекционных заболеваний (Хаитов Р.М. и др., 1995). Показано, что хронизация затрагивает 60-80 % взрослого населения (Трунова Л.Н. и др., 2002). Эндогенную причину этого явления составляют нарушения адаптационно-приспособительных реакций иммунной системы, в основе которых лежит, прежде всего, снижение активности ряда неспецифических факторов защиты, что провоцирует усиление провоспалительной активности и специфических иммунных реакций.

Для подтверждения этого мы провели исследование в два этапа. На первом этапе изучали содержание комплемента (С3 и С4) у жителей гг. Новокузнецка (n = 120), Кемерово (n = 500) и Гурьевска (n = 120), атмосфера которых характеризуется максимальной, промежуточной и минимальной техногенной нагрузкой, соответственно. Средний возраст обследуемых составил 32 года.

На втором этапе изучали бактерицидную активность сыворотки крови (БАСК) к P. vulgaris, St. aureus, S. thyphimurium (Бухарин О.В., Васильев Н.В., 1974) у кемеровчан (n = 50), средний возраст которых составил 21 год. Для определения роли комплемента к используемым бактериям параллельно ставились пробы с прогретой сывороткой крови при температуре 56°С в течение 30 минут (Мазуров Д.В. и др., 2000).

Зарегистрировано увеличение среднего значения С4 до 25,92 ± 2,95 мг/дл (норма: 12-24) у всех обследуемых, причем величина показателя была наибольшей у обследуемых г. Гурьевска (39,6 ± 7,22 мг/дл). Снижение С3 (норма: 85-139) до 84,9 ± 5,02 мг/дл обнаружено у обследуемых г. Новокузнецка. В г. Кемерово средние значения С3 и С4 соответствовали методической норме.

На втором этапе исследования выявлена повышенная БАСК (методическая норма – 0 %) к S. thyphmurium и P. vulgaris, составляющая 13,2 ± 4,1 % и 10 ± 2,5 %, соответственно. После прогрева сыворотки крови 56°С, БАСК к этим микробам понижалась в 4,2 раза, достигая методической нормы. К St. aureus до и после термовоздействия на сыворотку крови БАСК практически не изменялась и колебалась в пределах нормальных величин.

Таким образом, высокая степень загрязнения атмосферы г. Новокузнецка способствует хрони-

зации воспаления, а техногенные факторы низкой интенсивности, характерные для г. Гурьевска, — усилению специфических воспалительных реакций.

Внесение исследуемых штаммов бактерий в сыворотку кемеровчан, у которых С3 и С4 соответствовали нормальным значениям, указывает на скрытую иммунизацию организма. Проведенная инактивация комплемента способствует нормализации БАСК, что является следствием подавления провоспалительной активности сыворотки.

КАТАЕВА Н.Г., ИВАНОВА Е.В., БАРАНОВА О.В.,
КАТАЕВ С.Г., ЛЕВИНА А.Ю.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ И КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИИ

При инсульте происходит нарушение всех видов обменов, в том числе минерального. В то же время, сведения, касающиеся содержания таких микроэлементов, как алюминий, магний, свинец, цинк, медь, марганец, железо, весьма разноречивы. Данные об изменении минерального гомеостаза у больных с цереброваскулярным поражением и коморбидными депрессивными расстройствами практически отсутствуют.

Цель исследования — выявить особенности макро- и микроэлементного гомеостаза у больных с острой и хронической ишемией мозга с коморбидной депрессией, в сравнении со здоровыми людьми.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучен минеральный гомеостаз у 200 человек (мужчин — 97, женщин — 103). С острой и хронической ишемией мозга было 159 пациентов, из них, с депрессивными расстройствами — 130 человек, без депрессии — 29 человек; в контрольную группу вошли 41 человек. Средний возраст больных составил 59,8 ± 2,1 лет. Фоновым заболеванием при ишемии мозга в 98 % случаев являлся атеросклероз. Оценка депрессивного расстройства проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 и дополнялась опросником самооценки депрессии Бека.

Изучение содержания в сыворотке крови больных алюминия, магния, свинца, цинка, меди, марганца, железа проводилось с помощью атомно-эмиссионного анализа (Кашкан Г.В. с соавт., 1988). Пламенно-фотометрический способ использовался для определения кальция, калия, натрия (Отмахов В.И. с соавт., 1998). В каждой группе обследованных определялась плотность распределения для каждого элемента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У большинства больных с депрессией отмечается снижение количественного содержания алюминия от 6,67 мкмоль/л до 21,6 мкмоль/л. В контрольной группе эти значения варьировали от 20 до 75 мкмоль/л (Патент на изобретение № 2210778; 7G01 № 33/84). Выявлена тенденция к повышению содержания марганца до 0,86 мкмоль/л (в контрольной группе не более 0,57 мкмоль/л). Выявлена тенденция к повышению свинца до 1,3 мкмоль/л (в контрольной группе до 0,8 мкмоль/л). Что касается исследования уровня других микро- и макроэлементов, то каких-либо закономерностей и статистически достоверных различий между их количественным содержанием в исследованных группах не обнаружено.

ВЫВОДЫ

Данные исследования свидетельствуют о том, что алюминий, обладающий нейротоксическим действием, играет определенную роль в патогенезе депрессивных расстройств при цереброваскулярной патологии. Вероятно, происходит перераспределение этого микроэлемента: снижение содержания в крови и накопление в тканях мозга, что в дальнейшем может приводить к когнитивным нарушениям.

Полученные результаты относительно тенденции к увеличению содержания свинца и марганца подтверждают патогенную роль этих микроэлементов в патогенезе сосудистых нарушений, атеросклероза, указывают на активность процесса.

Своевременный учет минерального гомеостаза и его адекватная коррекция предоставляет дополнительные возможности в терапии цереброваскулярных поражений с коморбидными депрессивными расстройствами.

КАТКОВА М.А., МАЛАХОВА Н.Г., ЮЗМЕЕВ В.Х.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
НУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО КОНТАКТИРУЮЩИХ С ПРОИЗВОДНЫМИ АЗОТА

На протяжении длительного времени (до 27 лет) проводилось комплексное обследование (клиническое, лабораторное, инструментальное и лучевое) работников химических предприятий г. Кемерово по производству и переработке производных азота. На основании этой работы была разработана двухэтапная схема лучевого исследования дыхательных путей, которая предназначена для раннего выявления различных форм хронического бронхита у работающих с производными азота.

На первом этапе лица, поступающие на работу в цеха по производству и переработке производных азота, проходят медицинскую комиссию с обязательным исследованием органов грудной клетки в виде крупнокадровой флюорографии или рентгенографии легких и рентгенопневмополиграфии (РППГ). Это позволяет выявить у обследуемых лиц скрытое нарушение легочной вентиляции, что является противопоказанием для работы с вредными веществами.

На втором этапе лица, признанные практически здоровыми и годными для работы с вредными веществами, после начала работы с ними, проходят периодические медицинские осмотры. Лучевое исследование на этом этапе ограничивается только рентгенографией органов грудной клетки. Полученные результаты обязательно сравниваются с результатами предыдущих исследований органов грудной клетки. Это помогает обнаружить начальные малозаметные рентгеноморфологические изменения со стороны бронхолегочной системы, которые не удалось бы выявить без ретроспективного анализа рентгенограмм.

Если у обследуемых лиц появляются клинические проявления бронхита или выявляются начальные изменения на рентгенограммах, им дополнительно назначается РППГ. При подозрении на воздушные кисты, эмфизематозные буллы, бронхоэктазы, выявлении плевральной реакции, назначается КТ легких.

Проведение на втором этапе комплекса клинических и лучевых методик позволяет выявлять ранние формы хронического бронхита с определением степени выраженности обратимого компонента хронической бронхиальной обструкции, оценивать эффективность проведенного лечения и своевременно применять экспертные решения.

Кроме того, на втором этапе проводятся лучевые исследования во время диспансерного наблюдения, где больные наблюдаются на протяжении всего времени работы на данном предприятии. Все это позволяет максимально использовать квалифицированные кадры в химической промышленности и длительно сохранять их трудоспособность.

КЛИМЕНКО М.М., ДУДА Е.Е., СТРАЖНИКОВ В.Н.
НПП Эксергия,
г. Кемерово

РЕНТГЕНОВСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ДОСТОВЕРНОСТИ

При исследовании состояния опорно-двигательного аппарата достоверность результатов играет решающую роль в выборе наиболее эффективного метода лечения. Как показывает практика, использование двухмерных снимков не обеспечивает необходимой информации для проведения лечебного процесса.

Для повышения достоверности рентгеновских томографических исследований использовали программы для синтеза 3D изображения по 2D данным спиральной компьютерной томографии. Это потребовало изменить условия томографической съемки и делать жесткий отбор используемого математического обеспечения исследований.

Существует большое количество программ перевода рентгеновских снимков в 3D изображение (объемное изображение). Для проведения исследования подбираются программы и режимы исс-

ледования, которые должны отвечать следующим критериям.

Подбор программ для синтезирования объемного изображения проводится по критерию визуальной достоверности (Квд). Квд определяется по контрольному образцу-препарату, путем сравнения фотографии препарата с его «компьютерным двойником». И по количеству отклонений «компьютерного двойника» от оригинала выводится Квд программы. Чем выше Квд, тем качественнее синтез 3D изображения.

Подбор режимов исследования с помощью спиральной томографии и 3D изображения проводится по коэффициенту виртуальности Kv. Kv определяется из условий съемки, шага сканирования и получаемой дозы рентгеновского излучения, которая не может превышать допустимую дозу. Чем меньше коэффициент виртуальности Kv, тем точнее компьютерное изображение к оригиналу.

Как показала практика, на 3D изображениях выявляются патологии, которые на плоских снимках не просматриваются или просматриваются специально обученными специалистами. Использование объемной рентгеновской компьютерной диагностики (ОРКД) позволяет не только уточнять диагнозы, но и изменяет представление о патогенезе заболеваний. Кроме того, анализ получаемых изображений, собранных в виде рентгеновских видеофильмов, с применением разрезов, выделением вырезов и сегментов, становится доступен обычному специалисту.

Хорошим дополнением к рентгеновским видеофильмам является анализ плотности костных и хрящевых тканей по уровню поглощения излучения. При этом снижается возможность двух- или многозначных толкований полученных результатов. Результаты исследований показаны на примере исследования заболеваний позвоночника и тазобедренных суставов.

КРАПИВИНА Н.А., КОСТИН В.И., АРТЫМУК Н.В., ТАЧКОВА О.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

СОДЕРЖАНИЕ ИНСУЛИНА, ЛЕПТИНА И ГРЕЛИНА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Цель исследования – изучить содержание инсулина, лептина и грелина крови во взаимосвязи с особенностями пищевого поведения у женщин молодого возраста, страдающих ожирением.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 140 женщин, имеющих ожирение, в возрасте от 18 до 44 лет. Исследован уровень гормонов крови: инсулина, лептина, грелина методом ИФА с использованием набора реактивов «DSL». Уровень грелина в сыворотке крови оценивали натощак и через 2 часа после пищевой нагрузки. Для оценки особенностей пищевого поведения использовали голландский опросник DEBQ Van Strein T (1986).

Статистическая обработка результатов проводилась с вычислением средней величины (M), среднего квадратичного отклонения (σ), непараметрического критерия Манна-Уитни, коэффициента корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нарушения пищевого поведения выявлены у 93,8 % пациенток с ожирением. Уровень инсулина у женщин с экстернальным типом пищевого поведения был достоверно выше – 20,9 ± 10,3 мкЕД/мл, чем при эмоциогенном – 14,4 ± 9,0 мкЕД/мл ($p = 0,010$) и незначимо выше, чем при ограничительном пищевом поведении – 17,7 ± 8,8 мкЕД/мл ($p = 0,250$). У женщин с ожирением уровень лептина при ограничительном пищевом поведении был статистически значимо ниже – 67,3 ± 17,5 нг/мл, чем при экстернальном – 76,3 ± 14,4 нг/мл и эмоциогенном – 76,9 ± 10,8 нг/мл ($p = 0,006$; $p = 0,03$). Уровень грелина натощак у пациенток с ограничительным пищевым поведением был достоверно ниже – 109,2 ± 3,6 нг/мл, чем при экстернальном варианте – 113,3 ± 2,1 нг/мл ($p = 0,010$), при этом содержание грелина после еды было значимо выше при ограничительном ($p = 0,042$) и не отличалось при экстернальном и эмоциогенном типах пищевого поведения.

У пациенток с ожирением выявлена прямая корреляционная зависимость между содержанием лептина сыворотки крови и степенью выраженности ограничительного пищевого поведения ($r = 0,31$, $p = 0,033$) и обратная – со степенью выраженности эмоциогенного пищевого поведения ($r = -0,52$, $p = 0,028$). Установлена обрат-

ная корреляционная зависимость между уровнем постпрандиального грелина и количеством употребляемых углеводов (r = -0,59, p = 0,004), данная тенденция определена для всех вариантов пищевого поведения, но статистически значимой оказалась только у женщин с эмоциогенным типом пищевого поведения (r = -0,94, p = 0,019).

ВЫВОДЫ

1. У женщин молодого возраста с ожирением гиперинсулинемия более характерна для экстернального пищевого поведения.
2. Содержание лептина крови взаимосвязано со степенью ограничительного и эмоциогенного пищевого поведения, имеет четкую тенденцию к снижению при ограничительном варианте пищевого поведения.
3. Уровень грелина натощак значимо ниже при ограничительном и выше при экстернальном типах пищевого поведения. При эмоциогенном пищевом поведении уровень постпрандиального грелина определяется количеством употребляемых углеводов.
4. Установленная взаимосвязь между типами пищевого поведения и содержанием гормонов лептина, инсулина, грелина указывает на участие последних в формировании аппетита и поддержании избыточной массы тела у женщин молодого возраста с ожирением.

КРАСНОВА М.В., ЛОКТИОНОВА С.М., ПУЗАКОВА О.Ю., ШАМРАЙ М.А., БАРАНОВА Е.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

У больных циррозом печени достаточно часто наблюдаются различные повреждения слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: пятнистая или диффузная гиперемия, эрозии и язвы. В литературе такие изменения называют портальной гастропатией. В условиях портальной гипертензии в стенке верхних отделов ЖКТ образуются артериовенозные анастомозы. При нарастании портальной гипертензии кровоток в стенке желудка усиливается, однако слизистая желудка при этом ишемизирована, что ослабляет защитные способности слизистой оболочки и предрасполагает к ее повреждениям.

Портальная гастропатия, по данным разных авторов, встречается у 37-58 % пациентов с циррозами печени, и часто является причиной желудочно-кишечного кровотечения и ухудшения прогноза болезни. Желудочно-кишечные кровотечения, обусловленные портальной гипертензией, как причина смерти больных циррозом печени стоят на втором месте после кровотечений, обусловленных варикозом вен пищевода и желудка. Изменения, характерные для портальной гастропатии, одинаково часто встречаются в пищеводе, желудке и ДПК, однако у 80 % пациентов поражения слизистой оболочки с угрозой развития кровотечения развиваются в желудке.

Обследованы 36 пациентов с декомпенсированным циррозом печени различной этиологии, в возрасте от 32 до 74 лет. Из них женщин 23, мужчин 13. Всем пациентам проводилась фиброгастроскопия с биопсией. При эндоскопическом исследовании определялись следующие изменения: «мозаичная слизистая» – 16 пациентов, подслизистые геморрагии – 5, полип антрального отдела – 1 пациент; эрозии различной локализации – 9 пациентов; язвенные дефекты – 3 пациента.

При морфологическом исследовании определялись следующие изменения (таблица).

Таблица

Изменения слизистой	Всего (n = 36)	При наличии эрозий (n = 9)	При наличии язвенных дефектов (n = 3)
Атрофия слизистой желудка	23	6	3
Фовеолярная гиперплазия	18	7	1
Кишечная метаплазия	6	1	
Очаговый аденоматоз	10	4	
Активность гастрита:			
0	5	1	
0-1	20	5	
1	7	3	2
2	4		1
Полнокровие микроциркуляторного русла	28	7	2
Подслизистые микрогеморрагии	13	2	2
Helicobacter Pylori	17	6	1

Таким образом, чаще встречался атрофический гастрит с минимальной воспалительной инфиль-

трацией, в 50 % ему сопутствовала фовеолярная гиперплазия. В 75 % имелось полнокровие микроциркуляторного русла, в 36,1 % подслизистые микрогеморрагии. Helicobacter Pylori встречалась у 47,2 % пациентов при гистологическом исследовании, однако у пациентов с эрозивно-язвенными изменениями слизистой (всего 10 пациентов) в 70 %. Однако небольшое количество обследованных больных, имевших дефекты слизистой, не позволяет сделать вывод о роли Helicobacter Pylori в развитии эрозий и язв слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

КРЫШТАЛЕВ К.И., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Портальная гипертензия – комплекс нарушений, возникающий вследствие повышения давления в системе воротной вены. К развитию портальной гипертензии приводит целый ряд различных заболеваний и патологических состояний. На начальном этапе развития проявления портальной гипертензии мало выражены. В дальнейшем, при прогрессировании заболевания, осложнения портальной гипертензии могут явиться причиной гибели больного.

Портальная гипертензия подразделяется на надпеченочную, вследствие окклюзии печеночных и/или нижней полой вен (болезнь/синдром Budd-Chiari), констриктивного перикардита и др.; внутрипеченочную, вследствие поражения печени (цирроз печени); внепеченочную, вследствие тромбоза воротной вены и ее ветвей.

В литературе описаны «классические» проявления портальной гипертензии: асцит, спленомегалия, расширение вен портальной системы. Но данные признаки не являются специфичными для портальной гипертензии. Так, спленомегалия может быть проявлением любого инфекционного заболевания, в т.ч. вирусного гепатита. Асцит может наблюдаться при недостаточности кровообращения, гипопротеинемии и др. Расширение вен портальной системы возникает далеко не во всех случаях портальной гипертензии, часто диаметр воротной вены нормальных размеров или уменьшен.

При синдроме Budd-Chiari отсутствует визуализация печеночных вен на фоне диффузного поражения печени, гепатомегалии, асцита. Спленомегалия выражена мало. Для надпеченочной портальной гипертензии характерно наличие гипертрофии хвостатой доли печени, которая, порой, достигает больших размеров. Это обусловлено наличием вен, которые непосредственно дренируются в нижнюю полую вену, а не в печеночные вены.

Наиболее часто к развитию синдрома портальной гипертензии приводит цирроз печени. Наиболее специфичным признаком цирроза печени является наличие бугристого контура печени, при условии отсутствия ее очагового поражения. Данный признак хорошо заметен на фоне асцита. При отсутствии свободной жидкости в брюшной полости выявление его проблематично и требует внимания от исследователя.

Другим признаком цирроза является наличие порто-системных коллатералей. Наиболее часто при циррозе встречается реканализация пупочной вены (параумбиликальная вена). Данный сосуд может быть легко обнаружен с помощью УЗИ. Пупочная вена начинается от умбиликальной части левой ветви воротной вены, далее проходит в круглой связке печени, в дальнейшем может идти в виде одного ствола под передней брюшной стенкой по направлению к пупку, либо «рассыпаться» на мелкие стволики непосредственно по выходе из печени. Реканализированная пупочная вена может достигать больших размеров (автор наблюдал пациентку с диаметром пупочной вены 4 см). Как правило, большой диаметр вены сочетается с отсутствием или небольшой выраженностью пищеводного варикоза и, следовательно, с низкой вероятностью кровотечения из него. Другие порто-системные коллатерали встречаются реже, либо не определяются при помощи УЗИ.

Расширение вен портальной системы также является признаком портальной гипертензии, но проявляется на поздних стадиях болезни. Нормальными значениями диаметра воротной вены считается 12-14 мм, селезеночной и верхней брыжеечной – 6-8 мм. Соответственно, превышение этих значений может быть признаком портальной гипертензии.

Возможности УЗИ расширяются с использованием допплерометрии. Для синдрома портальной гипертензии характерно снижение скорости кровотока в воротной вене до 15 см/сек и ниже. При развитии реканализации пупочной вены скорость кровотока в воротной вене может возрастать и превышать нормальные значения. При развитии порто-системных коллатералей, в частности, пищеводного варикоза, доля кровотока в селе-

зеночной вене увеличивается и превышает 40 % от общего портального. При развитии спленоренального анастомоза в селезеночной вене может наблюдаться гепатофугальный кровоток. При большом порто-системном шунтировании через коллатерали гепатофугальный кровоток может наблюдаться и в воротной вене.

При циррозе печени изменения происходят и в артериальном русле. Так, отмечается увеличение кровотока в селезеночной и верхней брыжеечной артериях, суммарный кровоток в этих сосудах в норме не превышает 85 % от портального. При развитии портальной гипертензии он может превышать портальный. «Излишек», т.о., шунтируется через коллатерали. В ряде случаев отмечается усиление кровотока в собственной печеночной артерии, т.н. артериализация печеночного кровотока. В норме доля печеночной артерии не превышает 25 % от общего печеночного кровотока. При циррозе она превышает 30 %.

Для внепеченочной портальной гипертензии характерно наличие тромбоза воротной вены, ее ветвей, селезеночной или верхней брыжеечной вен. Причинами развития тромбоза могут быть злокачественные новообразования поджелудочной железы, печени, острые воспалительные процессы брюшной полости (панкреатит, аппендицит, холецистит), в ряде случаев причина не может быть достоверно установлена.

При УЗИ могут быть выявлены соответствующие причины развития тромбоза. Тромб выглядит как зона сниженной эхогенности в просвете сосуда, с течением времени эхогенность его повышается, происходит его реканализация. Для тромбоза характерно развитие коллатералей в печеночно-двенадцатиперстной связке, воротах печени, околопузырных и парапанкреатических, в виде тонких извитых трубчатых структур. При тромбозе селезеночной вены – спленомегалия. Возможно развитие порто-кавальных коллатералей.

КУЛИНИЧ С.И., БУРДУКОВСКАЯ Т.Н.
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Городской центр молекулярной диагностики,
Городской перинатальный центр,
г. Иркутск

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГРАММ ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Несмотря на снижение заболеваемости инвазивными формами рака шейки матки (РШМ), в течение двух последних десятилетий наметилась тенденция к нарастанию заболеваемости дисплазией и РШМ молодых женщин, инфицированных туберкулезом. Профилактические осмотры с обязательным применением цитологического исследования способствуют своевременному выявлению и лечению фоновых процессов, предраковых заболеваний (дисплазий различной степени выраженности) и преинвазивных раков.

Однако в настоящее время, из-за недостаточности бюджетного финансирования здравоохранения, количество профилактических осмотров сведено до минимума, а количество инвазивных форм рака шейки матки растет. В связи с этим, целесообразно использовать лабораторные критерии онкологической настороженности, которые могли бы ориентировать врача даже в том случае, если женщина обращается с жалобами к специалистам не гинекологического профиля.

Известно, что любые стойкие изменения ряда компонентов внутренней среды организма и состава крови способствуют развитию определенных патологических состояний, в том числе злокачественных. Контроль за постоянством информационного состава внутренней среды организма осуществляет система иммунитета.

Метаболические сдвиги, возникающие при патологических процессах, обуславливают возникновение синдрома метаболической иммунодепрессии, т.е. снижение активности клеточного иммунитета и функции макрофагов в сочетании с нормальной или даже повышенной активностью гуморального иммунитета. Чем ниже активность клеточного иммунитета и функция макрофагов, тем ниже способность систем репарации восстанавливать структуру поврежденных ДНК клеток организма, и тем больше факторов проявляют свое влияние на стадии промоции канцерогенеза. В силу этого столь велика роль внутренней среды и значение тех ее изменений, которые препятствуют или способствуют процессу канцерогенеза.

Цель работы – общеклиническое и иммунологическое исследование периферической крови пациенток с дисплазией шейки матки, первично выявленных в ходе профилактического осмотра и цитологического исследования, и анализ полученных данных.

Обследовали 33 женщины, из которых 11 с дисплазией шейки матки в возрасте от 18 до 46 лет

(I группа), 12 — с туберкулезом внутренних органов и дисплазией шейки матки (II группа) в возрасте от 21 до 53 лет, и 10 здоровых женщин в возрасте от 24 до 58 лет (III группа).

Анализировали общеклинические параметры периферической крови на анализаторе «ONYX», включающие 20 показателей. Уровни поверхностных антигенов лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD19, CD56, CD2 определяли с использованием моноклональных антител, меченных FITC и фикоэритрином. Подготовку проб к анализу проводили на «Multi-Q-Prep». Уровни иммуноглобулинов (Ig) классов A, M, G определяли методом Манчини. Циркулирующие иммунные комплексы определяли методом преципитации в ПЭГ-6000. Фагоцитарный показатель оценивали по степени фагоцитарной активности нейтрофилов.

Все пациентки I группы имели те или иные отклонения в общеклинических показателях периферической крови, 8 пациенток (73 %) имели неправильное распределение лейкоцитов, относительные или относительные и абсолютные гранулоцитоз и лимфопению. У некоторых из них было отмечено также неправильное распределение эритроцитов и тромбоцитов. 7 пациенток (60 %) II группы имели неправильное распределение лейкоцитов и эритроцитов, гранулоцитоз и лимфопению.

По сравнению с контрольной группой, в I и II группах пациенток наблюдали снижение количества CD3+, CD4+, CD8+, CD19+-лимфоцитов. Снижение CD3+T-лимфоцитов в I и II группах пациенток наблюдали на 26,6 % и 29,9 %, соответственно; CD4+ — на 29,7 % и 30,4 %, соответственно; CD8+ — на 16,3 % и 12,2 %, соответственно. CD56, CD11a снижены, по сравнению с нормальными физиологическими значениями. Наблюдали также статистически достоверное увеличение Ig M, Ig G, циркулирующих иммунных комплексов в группах больных, по сравнению с контролем. Снижение значений НСТ-теста (показатели неспецифической резистентности) более чем в 45 % случаев в 1-й группе больных и более чем у 39 % пациенток во 2-й группе.

Анализируя полученные данные, мы обнаружили, что в исследуемых группах больных женщин не было ни одной, у которой регистрировались в пределах нормы все определяемые показатели. Каждая пациентка I и II группы имела от 8 до 16 показателей (из 2, определяемых нами), значительно измененных по сравнению с нормальными величинами.

Проведенный анализ указывает на существенные изменения периферической крови пациенток с дисплазией шейки матки. Изменения носят однонаправленный и системный характер, и в совокупности могут рассматриваться как иммунологические критерии онкологической «настроенности» внутренней среды организма у женщин.

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

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Паховые грыжи являются распространенным хирургическим заболеванием, встречающимся в любом возрасте и составляющим 75-80 % среди всех пациентов, страдающих грыжами живота. Анализ результатов диагностики и лечения наружных грыж живота показал, что они далеки от идеала. Нами усовершенствована методика ультразвукового исследования и разработана подробная эхосемиотика паховых грыж.

За последние 3 года обследованы 435 пациентов (370 мужчин и 65 женщин) в возрасте 18-83 лет. Всем проведено комплексное клиническое и ультразвуковое исследование. Исследование выполняли с помощью прибора Aloka SSD-1700 с линейным датчиком 5-10 МГц. При проведении обследования пациент с паховой грыжей находился в положении лежа на спине. Датчик располагался выше и параллельно паховой связки таким образом, чтобы на экране монитора визуализировались паховая связка, наружная подвздошная артерия и вена.

При исследовании в В-режиме при напряжении передней брюшной стенки и покашливании определяли наличие грыжевого выпячивания. Затем, изменяя плоскость сканирования, отмечали патологическое смещение тканей в исследуемой области и одновременно визуализировали дефект задней стенки пахового канала (внутреннее паховое кольцо) и определяли его длину.

Следующим этапом оценивали содержимое грыжевого мешка. Петли кишечника определялись как образования округлой формы с наличием перистальтики и пузырьками воздуха. Сальник, заполняющий грыжевой мешок, визуализировался как образование повышенной эхогенности однородной структуры.

Затем, при использовании дуплексного сканирования, визуализировали нижнюю надчревную артерию. Расположение грыжевого мешка лате-

ральнее относительно анатомического хода артерии свидетельствовало о наличии косой паховой грыжи, медиальнее – прямой паховой грыжи.

В ходе исследования также оценивалась протяженность неизмененной поперечной фасции, состоятельность мышечно-апоневротического каркаса пахового канала, высота пахового промежутка, толщина семенного канатика и, сопутствующие грыжевому выпячиванию, патологические образования паховой области и яичек (водянка оболочек яичка, киста семенного канатика и др.). Все обследованные больные оперированы в плановом и экстренном порядке. Существенных различий данных, полученных при ультразвуковом исследовании, и интраоперационных данных нет.

Таким образом, у больных с грыжей паховой области по данным ультразвукового исследования возможно выявить и оценить ряд значимых для последующего оперативного лечения количественных и качественных характеристик грыжевого выпячивания и сопутствующую патологию паховой области.

МАЛАХОВА Н.Г., ЮЗМЕЕВ В.Х., КАТКОВА М.А.
НУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ХЛОРОМ

На протяжении 2-14 лет диспансерного наблюдения при помощи клинико-рентгенологического метода исследования изучалось состояние ФВД у 691 больного хроническим бронхитом. Из них, 550 человек имели контакт с хлором (основная группа), 141 – не имели контакта с вредными веществами (контрольная группа). Все они обследовались по единой программе с использованием одних и тех же технических средств.

Из 550 человек основной и 141 человека контрольной групп, соответственно, у 48 % и 50 % был впервые диагностирован хронический необструктивный функционально нестабильный бронхит (ХНФНБ), а у 52 % и 50 % – одновременно хронический гайморит и ХНФНБ (ХГ + ХНФНБ).

Рентгеноморфологическое исследование дыхательных путей (ДП) включало в себя рентгенограммы легких и придаточных пазух носа (ППН), линейные или компьютерные томограммы, бронхографию, гайморографию. Рентгенофункциональное исследование проводилось при помощи рентгенопневмополиграфии (РППГ). Верификация полученных данных осуществлялась при помощи оперативного, пункционного и биопсийного материала. Анализ полученных данных показал, что все рентгеноморфологические изменения, как в основной, так и в контрольной группах, были идентичными, а рентгенофункциональные изменения имели существенные различия.

При заболевании только ХНФНБ нарушение легочной вентиляции (ЛВ) в основной группе было выражено более значительно, чем в контрольной ($p > 0,05$). Еще более выраженные нарушения ЛВ определялись при одновременном рецидиве ХГ + ХНФНБ, чего не наблюдалось в контрольной группе ($p > 0,05$). В последнем случае степень нарушения была одинаковой, как при изолированном рецидиве ХНФНБ, так и при одновременном обострении ХГ + ХНФНБ.

Во время диспансерного наблюдения обострения ХНФНБ и ХГ были как изолированными, так и в сочетании друг с другом. При изолированном обострении ХГ у больных основной группы, по данным РППГ, отмечалось нарушение ФВД, которое протекало по обструктивному типу. Этого не отмечалось в контрольной группе ($p > 0,05$). Данный феномен можно объяснить тем, что при раздражении риногенных зон полости носа возникал длительный бронхоспазм, т.е. развивался патологический ринобронхиальный рефлекс (ПРБР). Это подтверждалось бронхологическим исследованием: при бронхографии выявлялся распространенный или локальный бронхоспазм субсегментарных бронхов, при бронхоскопии – катаральный эндобронхит.

МАЛИН М.В., ИЗМЕСТЬЕВА Е.Н., ДУДОШНИКОВА И.А.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г.Кемерово

КОМПЛЕКСНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ С ИЗМЕНЕННЫМ КЛАПАННЫМ АППАРАТОМ

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест в структуре патологии взрослого населения. В настоящее время заслуживают внимание нарушения ритма и проводимости с дисплазиями сердца – пролапсом митрального клапана, аномально расположенными хордами а также у больных ИБС и артериальной гипертензии с поражением клапанного аппарата. Аритмии при пролапсе митрального клапана и ИБС являются одной из первых причин внезапной смерти у взрослых лиц (Ходос Х.Д., 1984).

Цель исследования – выявить у взрослого населения с 30 лет и старше, обратившихся в Клиническую поликлинику № 5 г в 2004 году, с дисплазиями сердца и ИБС, нарушения сердечного ритма и проводимости, а также изменения сегмента ST.

Обследованы 620 больных. Пролапс митрального клапана выявлен у 20 больных (3,2 %). ИБС страдали 110 человек, артериальной гипертензией – 40 человек. Кальцификация аортального клапана была обнаружена у 80 % пациентов, митрального клапана – у 55 %, у 25 % пациентов имело место сочетанное поражение митрального и аортального клапанов. Кальцификация клапанов в 40 % случаев сопровождалась формированием стеноза: аортального клапана в 60 % случаев, митрального – в 30 %. Кальцификация в 30 % случаев сопровождалась регургитацией различной степени, в 25 % случаев на митральном клапане. У больных с кальцификатами имелись гипертрофия миокарда левого желудочка (80 % больных), диастолическая дисфункция левого желудочка (90 %), увеличение размеров левого предсердия (81 %).

В результате проведенного исследования установлено, что у большинства больных с пролапсом митрального клапана выявлялась тахикардия в дневные часы, которая составила 100 ± 8 ударов в минуту, средненочная ЧСС – 80 ± 5 ударов в минуту. Отмечалась значительная вариабельность ЧСС в течение суток – максимальная ЧСС составила 160 ± 2 ударов в минуту, минимальная – 40 ± 1. Эпизоды тахикардии встречались в 70 % случаев.

У 95 % больных выявлены нарушения сердечного ритма. У лиц с пролапсом митрального клапана отмечается увеличение циркадного индекса в 1,7 раза, показатели SDNN и pNN50 снижены на 20 % и 15 %, что свидетельствует об ослаблении влияния парасимпатической нервной системы и повышении чувствительности к симпатическим влияниям.

Проанализировано холтеровское мониторирование у больных ИБС с пораженным клапанным аппаратом и артериальной гипертензией. Зарегистрированы нарушения ритма у всех больных первой группы и у 68 % больных второй группы. Суправентрикулярные экстрасистолы выявлены у 25 % пациентов первой группы и у 50 % второй. Общее количество желудочковых экстрасистол составило 500 ± 150 шт. в первой и 50 ± 20 шт. во второй группе. Желудочковые экстрасистолы более высоких градаций имели место у 60 % больных 1 группы и у 10 % 2-й группы, в том числе парные – 42 %, групповые – 50 %. Во 2-й группе 1U класс градации по Lown не зарегистрирован.

Проанализированы изменения сегмента ST. Чаще всего депрессия сегмента ST ишемического типа встречалась у лиц 1-й группы с поражением клапанного аппарата до 70 % случаев; во 2-й группе – 10.

Таким образом, больные с поражением клапанного аппарата более подвержены различным нарушениям ритма и изменениям сегмента ST по ишемическому типу, а у больных с пролапсом митрального клапана отмечается преобладание вегетативного дисбаланса, с преобладанием активности симпатического отдела нервной системы. Следовательно, холтеровское мониторирование ЭКГ является необходимым и обязательным методом исследования для лиц с пораженным клапанным аппаратом на ранних этапах исследования, с учетом большой диагностической значимости, позволяющей дифференцированно подходить к лечению аритмий у данной категории больных.

МАЛИН М.В., БАХМЕТЬЕВ А.Б., МОРЕВ В.А., МУХОРТОВА Т.М.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово

РОЛЬ УЗИ В ИССЛЕДОВАНИИ СУСТАВОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Внедрение метода ультразвуковой диагностики в широкую клиническую практику открыло новые перспективы в диагностике заболеваний и повреждений суставов. Метод осуществляет качественную и количественную оценку данных, показывает морфологическую и функциональную характеристики строения костных и мягкотканных структур (мышцы, хрящи, синовиальная оболочка).

За 2005 год в Клинической поликлинике № 5 обследованы более 70 пациентов с патологией и травматическим повреждением голеностопного, плечевого и локтевого суставов. Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах с помощью мультичастотных линейных датчиков (5,5-10 МГц) в серошкальном изображении. Ультразвуковое исследование плечевого сустава проводилось при его острых травматических повреждениях.

С целью определения возможностей ультразвуковой диагностики в оценке повреждений сухожильно-мышечного и костно-хрящевого компонентов плечевого сустава, обследованы 21 пациент с острым повреждением плечевого сустава в возрасте 18-68 лет. У всех больных показанием для эхографии являлось травматическое повреждение мягких тканей плечевого сустава в анамнезе, жалобы на боль, ограничение подвижности в суставе. Проводилось полипозиционное УЗИ плечевого сустава. Оценивалось состояние кортикального слоя плечевой кости, гиалинового хряща головки плечевой кости, сухожилий надостной, подлопаточной, подостной мышц, сухожилия длинной головки двухглавой мышцы плеча, параартикулярных синовиальных сумок. В результате исследования выявлены 9 человек с первичным вывихом плечевого сустава, 10 человек с разрывом сухожилия длинной головки двухглавой мышцы плеча и 2 человека с острым разрывом ключично-акромиального сочленения.

С патологией локтевого сустава обследованы 23 пациента. Выявлены следующие изменения: скопление жидкости в суставе – 11 случаев, изменения синовиальной оболочки – 5, изменения суставного хряща – 8, изменения сухожилий и связок – 7. В локтевых суставах наиболее типичным патологическим состоянием является тендопатия в месте прикрепления сухожилий к кости.

Исследование голеностопного сустава проведено 26 пациентам. Основной причиной обращения к травматологу явились повреждения сухожильно-связочного аппарата данной области. В связи с этим, очевидной является доминирующая роль медицинской визуализации в диагностике механических повреждений голеностопного сустава. Возможность комплексной оценки костно-мышечной системы обеспечивает преимущественно МРТ. Однако небольшая распространенность магнитно-резонансных томографов и высокая стоимость исследования существенно ограничивают применение данного метода. Альтернативой является ультразвуковое исследование, простое, доступное, высоко информативное и относительно недорогое. Учитывая сложное топографо-анатомическое строение голеностопного сустава и стопы, особенно важной является простота полипроекционного обследования и оценки сосудистой реакции мягких тканей.

Таким образом, ультразвуковое исследование суставов позволяет получить информацию о состоянии мягкотканных, костно-хрящевых структур сустава, не прибегая к дорогостоящим исследованиям МРТ, КТ, несущим лучевую нагрузку. Эхография дает достаточно полную информацию о состоянии хрящевой ткани, капсульно-связочного аппарата, сухожилий и мышц.

НИКИФОРОВА Н.В., ЧУРЛЯЕВ Ю.А., ВЯЛОВ Д.В.
Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МУЗ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

СОДЕРЖАНИЕ АЛЬБУМИНА, ОПРЕДЕЛЕННОГО ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ И БИОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, В АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Цель исследования – определить особенности изменения концентрации альбумина (А), определенного иммунологическим и биохимическим методами, в артериальной и венозной крови у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ).

В динамике (1-5 сутки) обследованы 23 пациента с изолированной ТЧМТ, не имевших в раннем посттравматическом периоде осложнений со стороны органов дыхания. Все пострадавшие поступали в стационар в крайне тяжелом состоянии, со степенью утраты сознания по шкале ком Глазго 4-8 баллов. Исследовались венозная и артериальная кровь (забор проводился при оценке кислотно-основного состояния), в которой определялась концентрация А двумя способами: биохимическим, с использованием бромкризолового зеленого, и иммунологическим, методом низковольтного ракетного иммуноэлектрофореза. Группу контроля составили 45 практически здоровых доноров. Концентрация А в венозной крови контрольной группы принята за норму и составила при использовании биохимического способа – 51,34 ± 0,57 г/л; иммунологического – 44,61 ± 0,41 г/л.

В 1-е сутки содержание А в венозной крови, определенное иммунологическим методом, было достоверно ниже ($p < 0,005$), чем при использовании биохимическим способа (20,94 ± 2,13 г/л и 31,34 ± 0,30 г/л, соответственно). Далее, к 5-м суткам, по данным иммуноэлектрофореза, концентрация А становилась еще более низкой ($p < 0,02$) и составляла 15,04 ± 1,21 г/л. Содержание этого же белка, определенного с использованием бромкризолового зеленого, в динамике изменения не претерпевало. Кроме того, как в том, так и в другом, случаях его уровень был ниже нормы до конца исследования.

Закономерность изменения концентрации А в артерии полностью совпадала с той, которая выявлена для вены: более низкое содержание белка по данным иммуноэлектрофореза, отсутствие динамики в изменении его концентрации при использовании биохимического метода. Необходимо указать, что за весь период исследования аретерио-венозной разницы в концентрации А не выявлено.

Полученные данные позволяют заключить, что, по-видимому, при ТЧМТ происходит не только снижение концентрации А вследствие перераспределения белка между сосудистым руслом и интерстициальным пространством, но и имеет место потеря антигенных свойств и транспортной способности частью его молекул. Описанный процесс объясняется соединением А с различными лигандами, поскольку на сегодня установлено, что основная функция указанного белка – связывание и транспорт метаболитов и токсинов.

Утраченные свойства А не восстанавливаются при прохождении крови через легкие, вероятнее всего, из-за нарушения биотрансформирующей способности последних. Об этом свидетельствует выявленная разница в концентрации белка при использовании биохимического и иммунологического методов в двух пробах крови – полученной при пункции артерии и вены. Результаты проведенного исследования могут быть использованы для подтверждения развития синдрома эндогенной интоксикации у пациентов с ТЧМТ и отражения динамики указанного процесса.

ПЕГАНОВ И.Ю., ДЕМЬЯНОВ В.С., РУЗАЕВА В.М., ОСИПОВА Л.И., СИКОРА Г.В., МОРОЗОВ В.П., ЗАХАРОВ В.А.
Муниципальный городской онкологический диспансер, г. Новокузнецк

РОЛЬ И МЕСТО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Стандартная диагностика рака молочной железы (РМЖ) основывается на данных пальпаторного исследования, рентгеновской маммографии (РМГ) и УЗИ. В своей работе мы попытались определить значение ультразвуковой маммографии (УЗМГ) в уточненной клинико-морфологической диагностике РМЖ.

Новокузнецкий онкодиспансер располагает 12-летним опытом УЗИ молочных желез (МЖ). В 2000-2002 годах выполнены 3294 УЗМГ, 420 пункционных биопсий (ПБ) МЖ, в том числе в тонкоигольном аспирационном варианте – 326, с помощью биопсийного пистолета – 94.

Основу нашего анализа составили 112 женщин, оперированных в 2000-2002 гг. по поводу РМЖ, которым перед операцией выполнялась УЗМГ. Сравнительный результат данных пальпации, РМГ и УЗМГ отражен в таблице.

Таблица
Выявляемость узлов и злокачественности их характера по данным различных методов исследования (в %)

	Пальпация	РМГ	УЗИ
Наличие узла	79	71	91
Злокачественный характер узла	25	32	86

ТАБ опухоли МЖ под пальцевым контролем выполнена 73 пациенткам, при этом цитологическое исследование (ЦИ) установило рак у 26 женщин (36 %). ТАБ под контролем УЗИ выполнена 69 больным, рак при ЦИ установлен у 45 из них (65 %). Несмотря на большие размеры опухоли (Т2-Т3 у 21 пациентки), ТАБ под контролем пальцев оказалась неинформативной и мы считаем, что это происходит из-за «слепого» введения иглы не в собственно опухолевый узел, а в реактивно измененные ткани. УЗИ позволяет целенаправленно ввести иглу в хорошо видимый опухолевый узел. Кроме того, ТАБ под контролем УЗИ дает возможность обнаружения первичных опухолевых узлов и их морфологической верификации при диффузно-инфильтративной (отечной) форме РМЖ (5 больных).

ПБ пистолетом под контролем УЗИ выполнена у 40 из 112 женщин с отрицательным результатом ТАБ под контролем пальцев – при этом гистологическое исследование выявило рак в 39 случаях (98 %). Получаемый при пистолетной биопсии тканевой материал дает возможность морфологам установить точную гистологическую форму опухоли, а также классические прогностические морфологические маркеры (лимфоидная инфильтрация опухоли, инвазия лимфатических и кровеносных сосудов, опухолевые эмболы), позволяющие определить степень злокачественности, что крайне важно для выработки индивидуальной тактики адъювантного лечения и характера хирургического вмешательства.

Сравнительный анализ морфологического материала, полученного при пистолетной биопсии и в результате операционного удаления опухоли, показал их идентичность в 77 % случаев.

ВЫВОДЫ:

1. УЗИ является обязательным уточняющим методом диагностики РМЖ.
2. Вероятность выявления узлового образования и установления его злокачественного характера выше при УЗИ, чем при пальпации и РМГ.
3. УЗИ позволяет получить дооперационную верификацию РМЖ в 1,8 раза чаще, чем биопсия под пальцевым контролем.
4. Морфологическое исследование опухолевой ткани, полученной при пистолетной биопсии, дает возможность определять гистологическую форму опухоли и классические морфологические критерии степени злокачественности.

ПОНАСЕНКО А.В., СЕРИКОВА Н.Б., ДЮЛЕМБО О.Н., ГУСАИМОВА М.Ю.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ПЕРИОДА

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) у женщин детородного периода в настоящее время являются причиной нарушений репродуктивной функции (бесплодие, привычная невынашиваемость беременности, внематочная беременность), оказывают отрицательное влияние на состояние здоровья новорожденных, ухудшают качество жизни (хронические тазовые боли, диспаренурия).

Роль инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в развитии ХВЗОМТ бесспорна. К наиболее патогенным микроорганизмам относят Chlamydia trachomatis и Neisseria gonorrhoeae. Особую значимость имеют ассоциации внутриклеточных взбудителей – N. gonorrhoeae, Micoplasma, Ureaplasma, Cl. trachomatis.

Следует отметить, что у женщин течение острого заболевания, вызванного гонорейной и/или хламидийной инфекцией, нередко протекает в скрытой малосимптомной форме. При отсутствии своевременного диагностирования и адекватного лечения инфекционный процесс переходит в хроническую форму, которую непросто (а чаще всего невозможно) диагностировать унитарными методами исследования (бактериоскопия, культуральный метод).

Многие годы «золотым» стандартом в диагностике гонорейной инфекции являлись бактериоскопический и бактериологический методы, для хламидийной инфекции – бактериологический метод.

Установлено, что под влиянием некорректного и бесконтрольного применения сульфаниламидов, антибиотиков, в мазках при прямой бактериоскопии на гонорею отмечается резкий полиморфизм гонококков, помимо этого не всегда удается обнаружить единичные микроорганизмы (особенно при хроническом и торпидно протекающем заболевании).

Наиболее надежным методом диагностики считалось выделение и идентификация чистой культуры микроорганизмов, чувствительность метода составляет 60-90 % у разных авторов. Но большое влияние на качество бактериальной диагностики, особенно гонорейной инфекции, оказывают правильность забора патологического материала от больного, качественной подготовки больного перед исследованием, соблюдение условий хранения и доставки материала до лаборатории, непременным условием является помещение материала в теплую среду и доставка материала в переносном термостате, что на практике часто не соблюдается.

Важным фактором, снижающим эффективность культурального метода выделения хламидий, является присутствие в биоматериале сопутствующей микрофлоры. Показано, что коинфекция, например Neisseria gonorrhoeae, приводит к снижению чувствительности с 83,1 % до 41,7 %. Трудоемкость и сложность этого метода стали причиной крайне редкого практического использования культурального метода.

Таким образом, в диагностике хламидиоза и гонореи не всегда можно ограничиться одним из перечисленных выше методом. Необходимо применение комплексной лабораторной диагностики (ПЦР, ПИФ, определение титров антител к антигенам C. trachomatis), что позволяет выявить возбудитель, определить стадию заболевания, укажет на необходимость назначения антибиотиков и иммуномодуляторов. Применение комплекса лабораторных методов для диагностики ХВЗОМТ, в котором различные методы дополняют друг друга, позволяет обеспечить в каждой конкретной ситуации принятие правильного диагностического решения, способствуя тем самым наибольшей эффективности лечения.

ПИФ сегодня является одним из наиболее распространенных методов. Чувствительность и специфичность ПИФ, по сравнению с культуральным методом, достигает 80 %. К недостаткам этого метода, кроме невысокой чувствительности, относят субъективизм в трактовке результата, особенно в случаях обнаружения элементов со сходными единичными элементарными тельцами хламидий.

Широко используется на практике методы выявления антител и антигенов к хламидиям и гонорее с помощью ИФА, позволяющие обнаружить возбудитель и определить стадию иммунного ответа. Фактором, ограничивающим специфическую значимость ИФА, является невысокая чувствительность и специфичность – порядка 50-70 %. Всегда следует учитывать возможность перекрестных реакций с антителами к другим представителям родов.

Наряду с культуральным методом, микроскопией, ПИФ и ИФА, в практику активно внедряется ПЦР-диагностика ИППП, которая является прямым методом выявления возбудителя, но при этом обладает существенно большей чувствительностью. Чувствительность метода ПЦР составляет от 10-1000 клеток в биопробе, что позволяет существенно повысить эффективность выявления инфекционных агентов непосредственно в клиническом образце, минуя стадию бактериологического посева, тогда как чувствительность иммунологических и микроскопических методов составляет 10^4-10^5 клеток.

Метод ПЦР является высокоспецифичным 95-100 %. Специфичность метода определяется уникальностью генетического материала выявляемых инфекционных агентов, к которому подобраны олигонуклеотидные праймеры, участвующие в процессе амплификации, тем самым, исключая возможность перекрестных реакций. Универсальность метода дает возможность диагностировать несколько возбудителей из одной биопробы, а в качестве исследуемого материала могут использоваться различные биологические выделения (слизь, моча, мокрота), соскобы эпителиальных клеток, кровь, сыворотка. Для проведения ПЦР-анализа не требуется выделение и выращивание культуры, что занимает много времени.

Провести полный анализ методом ПЦР возможно за 4-4,5 часа. Особенно эффективен метод ПЦР для диагностики трудно культивируемых и персистирующих форм микроорганизмов, с которыми часто приходится сталкиваться при латентных и хронических инфекциях, поскольку этот метод позволяет избежать сложностей, связанных с выращиванием таких микроорганизмов в лабораторных условиях. Применение ПЦР-диагностики также очень эффективно в отношении возбудителей с высокой антигенной изменчивостью и внутриклеточных паразитов. Недостатком метода генной диагностики является неудовлетворительная воспроизводимость результатов из-за недостаточной унификации всех этапов анализа.

ПОНОМАРЕВА М.В., АХМЕТЧИН А.Б., МЕЛЮКОВА О.Ю., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр, г. Кемерово

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОК С ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ

Различные нарушения менструального цикла, в том числе аменорея, являются актуальной проблемой для Кемеровской области. У жительниц Кемеровской области в 2004 году доля аменореи в структуре всех заболеваний системы репродукции составила 4,5 %; доля ее в составе нарушений менструальной и генеративной функции — 12 %. В структуре аменореи преобладает вторичная форма: по России и в Кемеровской области этот показатель равен 75 %. Ультразвуковое сканирование органов малого таза является обязательным компонентом обследования женщины при любом из видов нарушения менструальной функции, включая вторичную аменорею.

Проведено эхографическое обследование 38 женщин, средний возраст которых составил 25,8 лет (от 17 до 33 лет) во время эпизодов вторичной аменореи, длительность которой на момент обращения пациенток составила от 6 месяцев до нескольких лет. В наблюдение не включались женщины с хирургической аменореей. Манипуляция проводилась с применением трансабдоминального и трансвагинального датчиков с частотой 3,5 МГц (Алока-630), без наполнения мочевого пузыря, с хорошей подготовкой кишечника.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза средние размеры матки и яичников у наблюдавшихся женщин соответствовали среднестатистическим; средняя толщина М-эха равнялась таковой в конце лютеиновой фазы при двухфазном менструальном цикле. Так, длина левого яичника, в среднем, составляла 3,5 мм; ширина — 2,2 мм. Средний показатель длины правого яичника был равным 3,5 мм; ширины — 2,2 мм. Длина матки, в среднем, была равна 4,8 мм; ширина — 4,2 мм; толщина — 3,2 мм; величина М-эхо — 10 мм.

При проведении ультразвукового обследования у 12 женщин (31,5 %) найдены признаки синдрома склерополикистозных яичников (СПКЯ); гипоплазия матки диагностирована у 6 пациенток (15,8 %). По одному наблюдению отмечены интрамуральный миоматозный узел в диаметре 10 мм, доминантный фолликул, персистирующий фолликул, отсутствие фолликулярного резерва, фиброз в проекции придатков, варикозное расширение вен малого таза, ретродевиация матки.

Уточнение диагноза при ультразвуковом обследовании явилось важной составляющей индивидуальной программы ведения каждой из пациенток для лечения аменореи и профилактики ее рецидивов.

ПУЗАКОВА О.Ю., ЧУРКИН М.В., ЗАЙЦЕВ С.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ

За период с апреля 2002 г. по сентябрь 2005 г. в условиях эндоскопического отделения ГКБ № 3 обследованы 203 пациента с циррозом печени и внепеченочными формами портальной гипертензии (ПГ), у которых фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) выявила варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка. Объективными критериями оценки состояния вен являются: диаметр вен – 1 степень варикоза обнаружена у 69 чел. (34 %, n = 203), 2 степень у 89 (43,8 %), 3 степень у 45 (22,2 %); тип варикоза – стволовой выявлен у 193 (95,1 %), смешанный у 10 (4,9 %); локализация вен – распространение ВРВ ограничивалось дистальной третью пищевода у 65 (32 %), нижней и средней третью у 99 (48,8 %), вены в пищеводе и кардиальном отделе желудка обнаружены у 37 (18,2 %), локальная заинтересованность кардиального отдела у 2 (1 %); «Красные маркеры» у 66 (32,5 %), и явления эрозивного эзофагита у 23 (11,3 %).

Существенное значение имеет обнаружение портальной гастропатии (ПГП): признаки ПГП легкой степени («мозаичная» слизистая) найдены в 61 случае (30,1 %), тяжелой степени (геморрагические эрозии и подслизистые геморрагии) – в 23 (11,3 %). ПГП тяжелой степени была причиной кровотечения у 2 пациентов.

ФГДС является обязательной в алгоритме обследования у пациентов, поступающих с клиникой пищеводно-желудочного кровотечения – 34 (16,8 %, n = 203). Источниками кровотечения у них были ВРВ пищевода (23), ВРВ кардиального отдела желудка (9), ПГП тяжелой степени (2). Активное поступление крови из дефекта в стенке вены обнаружено в 13 случаях (38,2 %, n = 34), признаки состоявшегося кровотечения (фиксированные тромбы-сгустки, белые тромбы на верхушках вен) – в 21 (61,8 %). Наличие тромбов на стенках, «красные маркеры», истончение стенки вен, отсутствие реакции на инсуффляцию воздуха были вероятными признаками угрозы рецидива.

Для больных, поступивших в стационар с клиникой пищеводного кровотечения или имеющих эпизоды геморрагий в анамнезе, разработаны меры профилактики кровотечений. Одним из методов является эндоскопическая склеротерапия (ЭС). ЭС показана при 1-2 степени (до 5 мм – 5-9 мм) ВРВП. За 2002-2005 гг. ЭС выполнена 13 больным (в том числе, 5 проводились сеансы ЭС в динамике). Использовалась методика паравазальной склерооблитерации, преимуществами которой считаем сдавление вариксов «инфильтрационной подушкой» и ограничение возможности травматизации вен.

Всем больным выполнялось по 2-4 сеанса склеротерапии. С этой целью паравазально проводилась подслизисто-мышечная инфильтрация тканей 0,5 % раствором этоксисклерола по 30-40 мл. Контрольные исследования выполняли через 1-2 суток, в течение этого времени в зонах инъекций появлялись поверхностные эрозии, не требовавшие специфической терапии. Повторные обкалывания проводили на 7 сутки от момента первого вмешательства (паравазальные инфильтраты сохранялись в течение 2-3 дней).

Склерозирующий эффект оценивали через 2-3 и 6 месяцев после процедуры. Сроки наблюдения за больными составляют от 6 месяцев до 2,5 лет. Лучшие результаты достигнуты при диаметре вен от 3 до 6-7 мм. По результатам динамических осмотров 5 пациентам склеротерапия проводилась повторно. У 4-х из них отмечен стойкий положительный результат в виде уменьшения (или отсутствия прогрессирования) диаметра вен. Неэффективной ЭС оказалась у 2 больных (в течение года после склеротерапии у них рецидивировали кровотечения).

Из наиболее значимых осложнений ЭС можно отметить формирование язвы пищевода у 3 больных. Трое больных умерли от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности.

СИДОРЕНКО Н.И., СТУКАЧ Т.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр, г. Кемерово

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Основными органами-мишенями при артериальной гипертензии (АГ) являются сердце, головной мозг, почки, брахиоцефальные артерии, определение ранних изменений которых при АГ возможно, благодаря широкому использованию в современной медицине ультразвуковых методов исследования.

Так, эхокардиография, импульсноволновая допплерография, цветное допплеровское картирование, применяемые в комплексе диагностических мероприятий АГ в МУЗ ККДЦ, позволяют выявить следующие признаки нагрузки сердца давлением: уплотнение стенок аорты; утолщение стенок левого желудочка > 1,1 см; увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), в среднем, > 200 г и индекса ММЛЖ; увеличение диаметра полости левого предсердия > 4 см и левого желудочка > 5,5 см; изменение спектра трансмитральной допплеровской кривой (отношение амплитуды волны Е к амплитуде волны А > 1).

На ранних стадиях заболевания, как правило, определяется какой-либо один из данных признаков, тогда как выраженность их или сочетание двух и более признаков коррелируют с величиной и длительностью артериальной гипертензии.

При артериальной гипертензии происходит изменение функционального характера в мозговых артериях, т.е. нарушается механизм ауторегуляции мозгового кровообращения. Методики триплексного сканирования (В-режим, ЦДК, ИВ-допплерометрия) дают возможность определять: состояние данного механизма путем проведения функциональных проб и измерений ряда показателей (индекс резистивности – RI, пульсаторный индекс – PI, пиковая систолическая, конечная диастолическая, средняя скорость кровотока); структурные изменения брахиоцефальных артерий, возникающие в результате компенсаторно-приспособительных процессов в условиях длительного повышения АД (утолщение комплекса интима-медиа в общих сонных артериях (ОСА) > 1,1 мм, повышение RI > 0,8 в ОСА.

Длительная артериальная гипертензия сопровождается изменениями характера кровотока по почечным магистральным и, особенно, внутриорганным артериям. Изменения внутрипочечной гемодинамики объективно подтверждаются методами триплексного сканирования и выражаются повышением RI и PI внутриорганных артерий. Это позволяет использовать допплерографические показатели в качестве маркеров ранней (доклинической)стадии поражения почек у больных с АГ.

Таким образом, комплексное обследование пациентов УЗ-методами дает возможность раннего выявления признаков поражения органов-мишеней, получить объективную информацию о риске осложнений, проведения их своевременной адекватной профилактики.

ТЕТЕРИНА Н.В., ДОМНИКОВА Н.П.
ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирская областная клиническая больница, г. Новосибирск

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ И ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Морфологические исследования показали, что патологические изменения печени обнаруживаются у 85-95 % пациентов с острыми лейкозами и лимфопролиферативными заболеваниями. К основным причинам этого относят интенсивную полихимиотерапию, инфильтрацию печени опухолевыми клетками, инфицирование гепатотропными вирусами. Полиэтиологичность и полиморфизм изменений в печени затрудняют интерпретацию роли каждого из этих факторов в патогенезе поражения печени. Кроме того, клиническая картина течения самого гемобластоза отличается разнообразием клинико-лабораторных проявлений.

Обследованы 39 пациентов с острыми лейкозами и лимфопролиферативными заболеваниями (29 мужчин и 10 женщин) от 18 до 77 лет (медиана 50 лет). На основании патоморфологическо-

го исследования печени пациенты были разделены на две группы: с опухолевым поражением печени (I группа) – 29 человек, и без опухолевого поражения печени (II группа) – 10 человек. При характеристике течения основного заболевания отмечено прогрессирование гемобластоза у большинства пациентов I группы, лишь у двух – клинико-гематологическое улучшение. Во II группе наблюдали прогрессирование гемобластоза у 4 пациентов, клинико-гематологическое улучшение – у 4, двое пациентов находились в ремиссии ($p < 0,005$). Противоопухолевая химиотерапия проводилась всем пациентам, кроме двоих из I группы.

По нашим данным, клинико-лабораторные синдромы, свидетельствующие о прогрессии гемобластоза, чаще наблюдались в I группе: синдромы опухолевой интоксикации, лимфаденопатии, гепатомегалии ($p = 0,004$), спленомегалии ($p = 0,001$), геморрагический ($p = 0,003$), анемический ($p = 0,017$), тромбоцитопенический ($p = 0,003$), лейкопенический, ДВС. Цитопенические синдромы были обусловлены опухолевой депрессией кроветворения, хотя генез тромбоцитопении у 8 пациентов I группы носил сложный характер и был определен также тромбоцитопенией потребления при ДВС-синдроме. Происхождение геморрагического синдрома в I группе в половине случаев было также обусловлено совокупностью причин: тромбоцитопенией и развитием ДВС-синдрома.

Коагулопатия отмечена у 5 пациентов I группы и у 1 пациента II группы. Почти во всех случаях наблюдалось сочетание нарушений коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза.

У пациентов с опухолевым поражением печени чаще обнаруживали диспепсический и абдоминальный болевой синдромы (боли в правом и левом подреберьях, эпигастрии), а также биохимические маркеры цитолитического синдрома, при этом показатели сывороточных трансаминаз были повышены еще до начала химиотерапии у пациентов с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы. У больных с позитивным HBsAg цитолитический синдром, отмеченный до начала противоопухолевой терапии, прогрессировал после введения цитостатических препаратов.

Смешанная гипербилирубинемия, наблюдавшаяся у 8 пациентов I группы, во II группе не отмечалась ($p = 0,04$). Химиотерапия вызвала повышение уровня сывороточных трансаминаз у 1/5 пациентов обеих групп, повышение билирубина – у 7 пациентов с опухолевым поражением печени, нарушение синтетической функции печени – у 8 пациентов I группы и у 3 пациентов II группы.

Таким образом, у пациентов с опухолевым поражением печени доминируют клинико-лабораторные синдромы, связанные с прогрессией гемобластоза. Умеренный цитолитический синдром, иногда в сочетании с гипербилирубинемией, обнаруживается до начала химиотерапии при сочетании опухолевого поражения печени и сопутствующей патологии гепатобилиарной системы; цитостатическая терапия усугубляет нарушение функции печени.

ФАНАСКОВА Е.В., ГАЛКОВСКАЯ Л.А., ГАЛКОВСКАЯ Н.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Областная станция переливания крови,
г. Кемерово

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХОСЛОЖНЕНИЙ

Для обеспечения безопасности гемотрансфузионной терапии, профилактики посттрансфузионных осложнений гемолитического типа (ПТГО) необходимо проводить переливание крови с учетом специфичности антител реципиентов к антигенам эритроцитов донора. Профилактика ПТГО в настоящее время сводится, как правило, к выявлению уже имеющихся аллоиммунных антител у реципиентов, доноров, беременных (свершившаяся аллоиммунизация), а также к проведению проб на индивидуальную совместимость переливаемых гемотрансфузионных сред.

Анализ зарегистрированных случаев ПТГО свидетельствует о наличии недостатков в организации и состоянии трансфузиологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Недостатки имеют типичный характер. Для оценки и проведения эффективных мер профилактики ПТГО, обусловленных клинически значимыми антигенами эритроцитов, необходимо установить степень реального риска их развития в конкретном лечебном учреждении и на конкретной территории. С этой целью можно использовать такой показатель, как «индекс сенсибилизации населения» – ИСН (Червяков В.И., 1997). Он характеризует частоту встречаемости аллоиммунных антиэритроцитарных антител за конкретный расчетный период, выражается в % от числа лиц, впервые обследованных на аллоиммуные антитела.

Иммунологическая лаборатория Областной станции переливания крови и лаборатория ОПК при ГКБ № 3 проводят постоянный скрининг антиэ-

ритроцитарных антител в сыворотке крови доноров, больных, беременных. Результаты исследований за 2003-2005 гг. использованы для определения ИСН в группе доноров и госпитализированных в больницу лиц. Были впервые обследованы доноры – 18831 чел. Аллоантитела выявлены у 54. ИСН составил 0,3 %. Больных, госпитализированных в ГКБ № 3, обследовано 25198. Антитела обнаружены у 72. ИСН равен 0,2 %. Среднее значение индекса сенсибилизации в обследованных группах равно 0,3 %. Этот показатель говорит о большой вероятности развития ПТГО в г. Кемерово и на прилежащей территории при проведении гемотрансфузий. Полученный ИСН отражает фактически высокую степень аллоиммунизации обследованного населения, говорит о трансфузионной активности больницы и позволяет сделать некоторые выводы о донороспособности.

Очень широк спектр выявленных аллоантител. Наиболее часто встречались антитела к антигену Д – 75,3 %. У резус-положительных лиц обнаруживались аллоантитела к минорным антигенам системы Резус (19,6 %) – анти-Е, -с, -С, а также к антигену К системы Kell –5,6 %. Данный факт указывает на негативные последствия переливания эритроцитсодержащих сред и требует строгих показаний. Аллоантитела часто встречались у больных пожилого возраста (старше 50-60 лет).

Таким образом, полученные данные говорят о целесообразности выявления иммунизированных лиц среди всех групп населения с целью профилактики гемолитических осложнений.

ФАНАСКОВА Е.В., ГАЛКОВСКАЯ Л.А., ГАЛКОВСКАЯ Н.А.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Областная станция переливания крови,
г. Кемерово

О СЛАБЫХ ВАРИАНТАХ АНТИГЕНА А СИСТЕМЫ АВО

Наиболее опасной причиной гемолитических посттрансфузионных осложнений (ПТО) является переливание компонентов крови, несовместимых по антигенам системы АВО. Из зарегистрированных в Кемеровской области ПТО, 70,6 % приходятся на конфликт по системе АВО. Правильное определение группы крови у реципиента и донора является необходимым условием перед гемотрансфузией. Инструкцией предусмотрено определение группы крови АВО перекрестным способом по наличию на эритроцитах антигенов А и В, а также по присутствию в сыворотке анти-А, анти-В антител. На предварительных этапах заключение о групповой принадлежности проводится на основании наличия или отсутствия антигенов А и В на эритроцитах без исследования антител.

При АВО типировании могут возникать определенные трудности, связанные со слабыми вариантами антигена А: А2 и А. В настоящее время выделяются еще несколько слабых и редких вариантов данного антигена: Ау, Ах, Аm и другие. Качественные и количественные различия между антигенами А1 и А2 могут иметь значение в практике переливания эритроцитсодержащих компонентов крови. Идентификация наиболее часто встречающегося ослабленного антигена А2 входит в алгоритм проведения иммуно-гематологических исследований крови доноров и реципиентов.

В лабораториях ОСПК и ОПК при ГКБ № 3 определение антигенов А1 и А2 в эритроцитах осуществляется с помощью специальных реагентов анти-А1 (лектин) и анти-А слабый (МКА). Кроме того, в ГКБ № 3 в сложных случаях применяется современная технология определения групп крови АВО – гелевый тест микрометодом (система ДиаМед). Результаты идентификации антигена А заносятся в донорские журналы и карты больных, что предотвращает повторные ошибки.

Ошибки, связанные с невыявлением слабого антигена А2, составили среди обследованных лиц 0,05 % случаев. Обследованы 7192 доноров группы А, из них у 1183 определялся слабый вариант А2 (16,4 %).Из 1958 доноров группы АВ выявлены 377 человек, имеющих подгруппу А2В (19,3 %). Полученные нами данные не противоречат данным специальной литературы. Группа крови А2 может быть неправильно определена как О, А2В – как В. Наиболее часто это имеет место при предварительном исследовании крови больных. При наличии на эритроцитах антигена А2, в сыворотке крови такого образца могут содержаться экстра агглютинины анти-А1 (избыточные, иррегулярные антитела). Экстра агглютинины относятся к иммуноглобулинам класса М, активны при комнатной температуре, поэтому могут затруднять проведение пробы на совместимость по системе АВО на плоскости. Поскольку экстра агглютинины не выявляются при 37°С, принято считать, что они не имеют клинического значения при переливании крови.

Но в последнее десятилетие доказана возможность выработки анти-А1 антител, принадлежащих к иммуноглобулинам класса G, имеющих кли-

ническое значение у реципиентов. Этот факт необходимо учитывать в практике переливания эритроцитов. По нашим данным, частота встречаемости анти-А1 антител среди потенциальных реципиентов группы А2 составляет 2,6 %, в группе А2В – 35,5 %. Эти цифры несколько выше литературных (2 % и 30 %).

Для профилактики ПТО, при наличии у реципиентов антигена А2 и анти-А1 антител, необходимо переливать отмытые или размороженные эритроциты, подобранные по фенотипу: реципиентам группы А2 – эритроциты группы А2 или О, реципиентам группы А2В – эритроциты группы А2В, В или О.

Таким образом, наличие экстра агглютинина анти-А1 в сыворотке крови реципиентов группы А2 и А2В не дает права трансфузиологу пренебрегать необходимостью индивидуального выбора донорской крови. Это обеспечит профилактику осложнений гемолитического типа.

ФИВКОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр, г. Кемерово

СОЧЕТАНИЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ИХ ВЗАИМНОЕ ВЛИЯНИЕ (НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ МЕТОДАМИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ)

Цель исследования – изучение характерных особенностей изменений структуры щитовидной (ЩЖ) и молочных желез при наличии у женщин сочетания тиреоидной патологии и фиброзно-кистозной болезни молочных желез (ФКБ), в сравнении с пациентками, имеющими изолированное поражение одного органа.

Программа исследования включала комплексное обследование молочных желез при помощи методов лучевой диагностики и ультразвуковое исследование структуры ЩЖ 599 женщин Кемеровской области, из которых 371 впоследствии был выставлен диагноз ФКБ (61,9 %). Патология ЩЖ в исследовании найдена у 149 женщин (24,9 %). С помощью методов лучевой диагностики установлено, что в 21,8 % ФКБ была с преобладанием железистого компонента, в 36,9 % – фиброзного компонента, в 22,6 % – кистозного компонента. Смешанная форма ФКБ выявлена у 18,7 %.

Для изучения зависимости формы ФКБ от патологии ЩЖ пациентки с наличием ФКБ были распределены на 2 группы: основная группа (101 человек) – женщины, имеющие ФКБ и тиреоидную патологию; контрольная группа (270 человек) – женщины, имеющие только ФКБ.

ФКБ с преобладанием железистого компонента статистически значимо чаще регистрировалась в основной группе, чем в контрольной (37,6 % и 15,9 %, соответственно; $p < 0,001$). ФКБ с преобладанием фиброзного компонента чаще встречалась у женщин контрольной группы – 41,5 %, чем у женщин основной – 24,8 % ($p < 0,05$). Узловые формы ФКБ определялись в 16,4 % от всех пациенток с ФКБ. РМЖ в нашем исследовании был диагностирован у 5 пациенток, что составило 0,8 % от всей выборки. При сравнении распространенности узловых форм ФКБ (16,8 % и 14,4 %) и рака молочной железы (1 % и 1,5 %) у пациенток в зависимости от наличия патологии ЩЖ, статистически значимых отличий не выявлено ($p > 0,05$).

Характер изменений в эхоструктуре ЩЖ при наличии ФКБ тесно связан с формой мастопатии. Гиперваскуляризация щитовидной железы статистически значимо чаще выявлялась при сочетании тиреоидной патологии со смешанной формой ФКБ (57,1 %). При данной форме ФКБ при УЗИ не встретилось ни одного узлового и кистозного образования ЩЖ. Гиперплазия ткани ЩЖ достоверно чаще регистрировалась при формах ФКБ с преобладанием железистого (65,8 %) и кистозного (47,1 %) компонентов. Узловые образования ЩЖ статистически чаще сочетались с ФКБ с преобладанием фиброзного компонента (52 %). Кисты ЩЖ менее всего были характерны для смешанной формы ФКБ и ФКБ с преобладанием железистого компонента.

У женщин, имеющих изолированное поражение ЩЖ, достоверно чаще встречались диффузные изменения ЩЖ (43,7 %). Узловые образования ЩЖ в основной группе выявлялись достоверно чаще, нежели у женщин контрольной группы. Несмотря на различную частоту выявления остальных изменений структуры ЩЖ в исследуемых группах, статистически значимой разницы в полученных показателях не обнаружено ($p > 0,05$).

Проведенное исследование позволило установить закономерности изменений структуры щитовидной и молочных желез, указывающие на значимость их взаимодействия в условиях патологии.

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

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Локализация плодного яйца вне полости матки, в маточных трубах, в индустриально развитых странах составляет, в среднем, 12-14 случаев на 1000 беременностей, и отмечается рост данной патологии, в России, по данным разных авторов, – от 6 до 10-13 на 1000 беременностей; в разных странах – от 1,4 до 13. Яичниковая беременность 1-2 случая на 1000 и брюшная 3 случая на 1000 беременностей. Шеечная беременность встречается с частотой 0,01 %.

Врачами ультразвуковой диагностики данная патология, в виду малой ее частоты, чаще расценивается как маточная беременность. Иногда с признаками угрозы прерывания или без таковых, на фоне субсерозной фибромиомы тела матки. За субсерозный фиброматозный узел принимается не увеличенная в размерах, без плодного яйца в полости, матка. Причиной локализации и прикрепления плодного яйца в шейке матки являются перенесенные воспаления в полости матки и эндометрии, аборты и выкидыши с выскабливаниями, когда в результате нарушения нейрорецепторного аппарата матки плодное яйцо не может прикрепиться к ее стенке. Выявляемость данной патологии, по данным трансабдоминального УЗИ, составляет от 25 % до 77 %, процент увеличивается при увеличении срока и прогрессировании беременности. При проведении трансвагинального УЗИ процент выявляемости увеличивается.

Особенность данной патологии заключается в том, что осложненное течение беременности приводит к развитию кровотечения, единственным методом остановки которого является экстирпация матки. Наиболее часто ошибки в диагностике данной патологии могут возникать у врачей ультразвуковой диагностики с малым опытом работы, особенно когда ими не берутся во внимание жалобы, клиника, анамнез, сопоставление их с результатами ультразвукового исследования. В литературе описан единственный случай ультразвуковой диагностики шеечной беременности в раннем сроке 4-5 недель, когда удалось избежать инвалидизации пациентки и сохранить ее репродуктивную функцию.

Мы располагаем клиническим наблюдением случая шеечной беременности. Пациентка Х., 24 лет, поступила в гинекологическое отделение одной из городских больниц г. Кемерово в дежурный день по направлению из женской консультации с диагнозом: «Беременность 7 недель, угроза прерывания беременности, субсерозная фибромиома тела матки».

Беременность четвертая, желанная. Предыдущие две закончились медицинскими абортами, один из них с кровотечением и повторным выскабливанием по поводу неполного аборта, еще один – самопроизвольным выкидышем с выскабливанием. В анамнезе эндометрит, воспаление придатков матки. При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании (Aloka SSD-650, конвексный датчик 3,5 МГц) установлено: шейка матки значительно укорочена. В полости матки визуализируется одно плодное яйцо с живым эмбрионом, сердцебиение определяется. Срок соответствует 8 неделям гестации. Убедительных данных за отслойку хориальной ткани не выявлено. Из области дна матки исходит субсерозный фиброматозный узел на широком основании размерами 68 х 49 х 60 мм, без явных деструктивных изменений. Придатки не визуализируются. Свободной жидкости в заднем своде нет. Отмечено затруднение визуализации из-за плохого наполнения мочевого пузыря.

Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, желание женщины вынашивать беременность, отсутствие выраженных признаков угрозы прерывания и отслойки хориальной ткани даже при наличии субсерозной фибромиомы, которая теоретически не должна была препятствовать развитию и росту плодного яйца и беременности в полости матки, решено пролонгировать беременность. Назначена соответствующая терапия. Спустя 12 часов после поступления у пациентки появились мажущие кровянистые выделения из половых путей.

С целью уточнения ситуации, для принятия решения о тактике ведения, коррекции в лечении, проведено повторное УЗИ. При трансабдоминальном исследовании установлено: шейка матки в средне-верхней трети увеличена бочкообразно. В ней визуализируется плодное яйцо с живым эмбрионом, с определяющимся сердцебиением, по КТР соответствует 8 неделям гестации. Плодное яйцо не округлой, а овоидной формы, средний внутренний диаметр его отстает от размеров КТР и соответствует 6-7 неделям гестации. Явные признаки отслойки оболочек не визуализируются. Матка несколько увеличена в размерах до 3-4(!) недель, эндометрий гравидарно изменен и гиперплазирован. Данных за фибромиому матки не выявлено. Придатки не визуализируются. Свободной жидкости в заднем своде и малом тазу нет. Мочевой пузырь без особенностей.

Заключение: прогрессирующая шеечная беременность, 8 недель гестации. Учитывая отсутствие выраженного, угрожающего жизни женщины, кровотечения, явных данных по УЗИ признаков отслойки плодного яйца, проводилось наблюдение до утра. Утром была выполнена операция: экстирпация матки без придатков. При гистологическом исследовании диагноз подтвержден.

Раздел IV
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

АРТАМОНОВА Н.Г., АРЗЮТОВА И.И., ГРОМАКИНА Е.В., ОСОКИНА Ю.Ю.
Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО – ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Одним из самых опасных и серьезных осложнений внутриглазных операций является бактериальный эндофтальмит. Достижения современной офтальмохирургии позволили существенно уменьшить частоту случаев внутриглазной инфекции, однако по-прежнему любое вскрытие полости глаза заключает в себе риск развития эндофтальмита. Каждый случай внутриглазной инфекции потенциально угрожает полной потерей зрительных функций и утратой глаза как органа.

Предупреждение послеоперационных осложнений в значительной степени обуславливается правильной оценкой состояния больного до операции и соответствующей подготовкой его. Перед операцией, особенно внутриглазной, обследуют состояние сердечно-сосудистой системы, дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, лимфатических органов. Чрезвычайно важно выявить заболевания, которые могут стать причиной послеоперационных гнойных осложнений (гнойные отиты, ангины, периодонтиты, кариозные поражения зубов, фурункулез и т.п.). При этой патологии, а также при ряде заболеваний сердечно-сосудистой системы, крови, легких, диабете и других операцию откладывают до выздоровления больного или улучшения его состояния. Исключения составляют срочные операции по поводу проникающих ранений глаза, острой глаукомы, ползучей язвы роговицы, когда состояние глаза не позволяет откладывать операцию. С целью профилактики гнойных осложнений таким больным следует вводить антибиотики.

Для предупреждения заноса и распространения инфекционных заболеваний плановая госпитализация больных должна проводиться при наличии флюорографии органов грудной клетки, результатов исследования крови на гемоконтактные инфекции.

В предоперационной подготовке больного важным являются:

1. Принятие больным ванны или душа накануне операции. Если по каким-то причинам этого сделать нельзя, кожу обтирают смоченным теплой мыльной водой полотенцем.
2. Подстригание ресниц (бровей) в день операции.
3. Промывание слезных путей перед внутриглазными операциями.
4. Измерение внутриглазного давления (при необходимости).
5. Взятие мазка с конъюнктивы.

Согласно результатам исследований, проведенных в нашей больнице в 2003-2004 гг., наиболее часто выделяемой из глаз больных микрофлорой была условно-патогенная, чувствительная к левомицетину и препаратам фторхинолонового ряда – ломефлоксацину (глазная форма – капли «Окацин»).

В связи с этим, в качестве средств для предоперационной подготовки рекомендуется использовать глазные капли левомицетин 0,25 % или ципрофлоксацин.

Правильная подготовка операционного поля позволяет значительно снизить частоту послеоперационных осложнений. Цель такой подготовки – удалить возможно большее количество возбудителей с кожи, стараясь при этом не повредить ее. Важно также не загрязнить операционное поле другими микроорганизмами, которые могут содержаться в растворе кожного антисептика, применяемом перевязочном материале и инструментарии, глазных каплях.

Строго соблюдается принцип индивидуального использования инструментов и перевязочных материалов, глазных пипеток и палочек. Все изделия медицинского назначения, применяемые для подготовки больного к оперативному вмешательству, должны быть простерилизованы и использоваться с учетом срока стерильности.

Сестринские манипуляции при подготовке больного к оперативному вмешательству (подстригание ресниц, бровей, промывание слезных путей, измерение внутриглазного давления) должны проводиться согласно принятому алгоритму. После выполнения каждой процедуры больному проводится закапывание в глаза антибактериальных глазных капель, что является профилактической мерой предупреждения заноса в глаз экзогенной инфекции.

Правильный врачебный подход к обследованию больного на догоспитальном этапе, четкое выполнение технологии сестринских медицинских процедур и обеспечение инфекционной безопасности являются мерами профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

ЕРОХИНА Л.Н., БУШ Е.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОРГАНИЗАЗИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ

Ультразвуковые методы исследования занимают одно из ведущих мест в современной медицине. Одним из значительных достижений в мире медицинских технологий является разработка и внедрение в широкую клиническую практику тонкоигольной аспирационно-пункционной биопсии (ТПАБ). Роль медсестры при проведении пункционной биопсии велика. От организации и обеспечения всего необходимого для работы кабинета до умения оказать неотложную и психологическую помощь. Действия медицинской сестры при работе с пациентом можно подразделить на три этапа: плановая запись пациентов на проведение аспирационно-пункционной биопсии, ознакомительная беседа; осуществление подготовки непосредственно перед проведением пункционной биопсии; рекомендации пациенту после проведения пункционной биопсии.

На первом этапе медицинская сестра занимается плановой записью пациента; информирует его о дате, времени и месте проведения процедуры; сообщает о месте и условиях сдачи анализов; отвечает на вопросы, возникшие у пациента; предоставляет необходимые письменные рекомендации (памятки подготовки). Медицинская сестра предлагает пациенту памятку о подготовке к пункции предстательной железы. На этом этапе медицинская сестра должна обеспечить пациента всей необходимой информацией в доступной для него форме и объяснить, что от правильной подготовки зависит результат проведенной процедуры.

На втором этапе медицинская сестра информирует пациента о правилах поведения при проведении манипуляции; знакомит с возможными проблемами и осложнениями в послепункционном периоде, стараясь привлечь внимание пациента к проблемам данного периода, эффективному взаимодействию с медперсоналом. При проведении пункционной биопсии предстательной железы медицинская сестра помогает ему принять соответствующее положение. При проведении пункции щитовидной железы специальной подготовки пациента не требуется. Медсестра укладывает пациента на спину с запрокинутой головой, область щитовидной железы обрабатывается 70 % этиловым спиртом. Медицинская сестра во время проведения лечебного воздействия ТПАБ кистозных образований почек укладывает пациента в зависимости от топического расположения и размеров пунктируемых кист.

На третьем этапе на место вкола иглы медсестра накладывает асептическую повязку и, в зависимости от состояния пациента, в течение определенного времени наблюдает его. Медсестра информирует пациента о необходимости соблюдения ряда правил после пункции. Знакомит с возможными проблемами, характерными для данного состояния, рекомендует постельный режим (во избежание осложнений). Через несколько дней после проведения вмешательства пациент приглашается для ультразвукового контроля и выдачи результатов анализа.

Медсестра ведет всю документацию, регистрирует результаты анализов, отправляет полученный в процессе пункции материал в лабораторию для морфологического изучения. Для каждого пациента медсестра готовит индивидуальную укладку с набором инструментов, соответствующую данному исследованию.

Медсестра кабинета пункционной биопсии должна четко представлять, что от ее работы зависит качество проведенной процедуры.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

В практике отделения применяют 4 вида наблюдения: мониторное, визуальное, лабораторное и комбинированное. Учитывая сложность, высокие требования к квалификации медицинских сестер, а также тяжелый физический труд, осуществляется взаимозаменяемость кадров — медицинские сестры поочередно работают по 3 месяца в качестве палатной медицинской сестры, анестезиста, медицинской сестры реанимационного зала и гравитационной хирургии.

Для оказания экстренной помощи больным, формируются бригады из 8 человек с особыми качествами характера: коллегиальных, выносливых, терпеливых, с устойчивой психикой, быстро реагирующих на меняющуюся обстановку. Из этого состава назначается, с отметкой в графике дежурств, одна из наиболее опытных медицинских сестер-анестезисток, обладающая организаторскими способностями, ответственная. На протяжении всего дежурства ответственная м/с выполняет функции старшей м/с. Целью организации новой методики работы явилось обеспечение профессиональной деятельности всей бригады экстренной помощи, направленной на спасение жизни пациентов сразу после поступления в больницу.

Операция – работа коллективная и успех ее зависит от всех участников: хирурга, анестезиолога, опер. м/с, м/с-анестезиста, санитарки операционного блока. Каждая анестезистка знает ход операции и подготовку своей аппаратуры к ее проведению. Ритм труда м/с анестезистов очень интенсивный, поэтому не каждая м/с может работать в реанимационном блоке.

Для м/с анестезистов разработаны карты «критерии оценки качества м/с» по бальной системе. Этим разделом работы в нашей больнице занимается ведущий специалист. В конце каждого рабочего дня подводятся итоги, замечания, нарушения, которые сразу оговариваются, проводятся индивидуальные занятия по коррекции. Учеба кадров ведется по плану, составленному на год, месяц, неделю.

С января 2005 года в отделении анестезиологии-реанимации внедрили периоперативный процесс. Главной задачей является снижение тревожности пациента; улучшение качества ухода для каждого отдельно взятого пациента; повышение качества сестринской помощи при проведении лечебных мероприятий.

После предварительной подготовки больного к операции, м/с-анестезист внимательно выявляет психологические проблемы, такие как страх перед операцией, плохой сон, снижение настроения, собирает аллергологический анамнез, время последнего приема пищи, наличие зубных протезов, оценивает венозный доступ, измеряет температуру тела, артериальное давление, пульс, определяет ритм и частоту дыхания, объем вдоха. Очень важно, чтобы анестезист внушил доверие больному, тогда он будет меньше волноваться. Во время анестезии постоянно контролируется состояние больного, определяется глубина общей анестезии, основываясь на оценке клинических признаков. М/с-анестезист несет как моральную, так и юридическую ответственность за свои принятые решения и действия, связанные с его состоянием.

Все выше перечисленное относится к этапам периоперативного процесса, осуществляемого медицинской сестрой. Первые сделанные шаги дали первые результаты: улучшилось качество подготовки пациента к операции, повысилось качество подготовки сестры-анестезистки к анестезиологическому пособию, снизилась тревожность пациента перед операцией.

Шаги, которые предстоит сделать: создание протоколов подготовки к анестезиологическому пособию, протоколов ведения пациентов в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах; создание протоколов манипуляционной техники, т.е. создание единой информационно-методической базы, как законодательной, на местном уровне.

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Современный этап развития здравоохранения невозможен без внедрения нововведений, поскольку те перемены, которые происходят в ЛПУ, диктуют необходимость отхода от традиционных форм работы и предопределяют потребность в проведении реформ. В профессиональный лексикон вошло понятие «сестринский процесс», под которым понимают системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированной на проблемы пациента. Цель этого подхода заключается в стремлении к облегчению, ликвидации, предупреждению проблем, возникающих у пациента в связи с изменением состояния здоровья.

Сестринский процесс несет новое понимание роли медсестры в практическом здравоохранении, требуя от нее умения индивидуализировать и систематизировать уход. Это динамичный процесс, последнее звено которого тесно сплетается с первым. Исходя из особенностей сестринской помощи неврологическим пациентам, нами разработана модель сестринского процесса с целью повышения качества оказания медицинской помощи, улучшения работы по профилактике осложнений.

Процесс реализации данной модели был условно разделен на 3 этапа: подготовительный, практический (работа в условиях эксперимента) и исследовательский (этап оценки эффективности действия модели) и продолжался с 1998 по 2003 гг. На протяжении заключительного этапа проводилась экономическая и лечебная оценка эффективности внедрения сестринского процесса в работу неврологического отделения, оценка качества сестринского ухода согласно разработанным критериям, оценка степени удовлетворенности пациентов отделения качеством медицинской помощи.

Нами проведена сравнительная экспертная оценка работы отделения по итогам за 1998 и 2003 гг. (начало и окончание внедрения модели). В ходе работы рассматривались основные показатели, характеризующие работу отделения, подсчитывалась оценка достижения конечного результата. Качество оказания медицинской помощи пациентам в конце эксперимента улучшилось на 9,2 %, что в значительной степени связано с внедрением сестринского процесса.

В результате поведенных исследований мы увидели ряд проблем: отсутствие нормативно-правовой базы; значительно устаревшие штатные нормативы медицинских сестер; неэффективное использование рабочего времени и неадекватное использование медицинских сестер на вспомогательных технических мероприятиях; недоверие и сопротивление сестринским реформам со стороны врачебного персонала.

Таким образом, для внедрения сестринского процесса необходимо: профессиональная подготовка специалистов, отвечающая современным требованиям; независимая деятельность медицинской сестры; пересмотр старых нормативов штатного расписания; введение новых сестринских должностей; эффективное использование профессиональной квалификации медицинских сестер.

Развитие сестринского дела должно стать областью совместных усилий всех заинтересованных сторон, ведущих специалистов управления здравоохранением, сферой эффективного, заинтересованного сотрудничества.

МИНИЧ Т.А., ЯРЦЕВА О.Н.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

При физиологическом старении происходят изменения психологической структуры личности, которые характеризуются падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и ригидности, повышается чувствительность к различным стрессфакторам. Неоднозначно устанавливаются отношения и с медицинским персоналом. Особое значение это приобретает в отношении лечебно-диагностических манипуляций, многие больные становятся повышенно требовательными, становятся агрессивными или, наоборот, вялыми, постоянно предъявляют массу претензий, преувеличивают тяжесть своего заболевания, отказываются от пищи, требуют скорейшей выписки или пишут разнообразные жалобы. Большинство пожилых людей стремятся получить стационарную помощь именно в госпиталях, отделениях для инвалидов и участников войн, где они чувствуют себя равными среди равных.

Основной состав нашего отделения — врачи, медицинские сестры, санитарки — все имеют необходимые навыки в работе с данной группой больных. Для течения заболевания, физического и эмоционального состояния пациента, для степени его удовлетворенности дальнейшей жизнью, пребывание в условиях стационара стараются сделать максимально комфортным. Для удобства пациентов вдоль коридора у стен размещены поручни для поддержки при передвижении, а также приспособления для опоры в туалете, для исключения падений отделение снабжено специализированными ходунками. Для транспортировки на обследования, консультации и лечение используются кресла-каталки.

Для обеспечения эффективного и бесконфликтного общения любого сотрудника с пациентами в отделении работают психологи-консультанты, которые оказывают психологическую помощь не только пациентам, но и сотрудникам отделения. Основной задачей сестринского персонала является круглосуточное наблюдение за состоянием больных, выполнение всех врачебных назначений и оказание неотложной помощи. Для улучшения качества работы среднего мед. персонала, из числа высококвалифицированного сестринского персонала отделения по итогам рейтингового анкетирования пациентов, персонала отделения и показателей деятельности выбирается мед. сестра на должность ведущего специалиста, в обязанности которой входит проводить экспертизу и коррекцию профессиональных навыков сестринского персона-

ла, обучать молодых специалистов, изучать и разрабатывать материал по внедрению новых форм и методов работы, проводить отбор на индивидуальное или групповое обучение, корректировать методический материал для обучения персонала отделения, проводить зачёты по видам деятельности сестринского персонала.

С 2000 года в отделении внедрен сестринский процесс, который направлен на человека, а не на болезнь. Оказывая помощь пациенту, мы стараемся создать атмосферу уважительного отношения к его духовным ценностям, обычаям и убеждениям. Вступая в доверительные отношения с пациентом, необходимо выслушать его, адекватно реагируя на услышанное, понять, почувствовать, что его волнует, т.к. беседа приносит пациенту значительное облегчение, особенно в старческом возрасте, когда на первый план выходит дефицит общения и одна из задач мед. персонала восполнить эту пустоту.

В связи с большим количеством пациентов, всех взять на сестринский процесс невозможно, поэтому из числа поступивших выделяются наиболее тяжелые больные, требующие динамического наблюдения, с остальными проводятся обучающие беседы. Для улучшения оказания сестринской помощи и устранения дефицита времени в нашем отделении была разработана карта сестринского ухода, где отражаются проблемы пациентов и способы их решения. Забота о наших подопечных, индивидуальная работа с ними, организация психологической поддержки, все это направлено на качество жизни наших пациентов. Мы делаем все, что в наших силах, чтобы их жизнь была красива и достойна в старости.

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

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Потребность современного общества в качественной медицинской помощи требует от медсестер определенной педагогической компетентности, критического мышления, внимания к специфическим нуждам. Как показывает жизненный опыт, медицинскому работнику ежегодно необходимо обновлять около 15 % своих знаний. Нужны новые технологии, не только в постдипломной подготовке специалиста, но и непрерывная учеба на рабочем месте.

Проводимая в настоящее время реформа сестринского дела направлена на повышение роли медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам. Уровень и качество оказываемой населению помощи зависит от профессиональной подготовки. Условия страховой медицины обуславливают возросшую заинтересованность к проблемам своего здоровья со стороны пациента.

В нашем отделении, в плане учебы, проводились ежемесячные конференции с медперсоналом и студентами медицинского колледжа по типу «круглого стола», где рассматривались вопросы: динамическое наблюдение за пациентами; информационное обеспечение сестринской деятельности; психологические аспекты взаимодействия медицинской сестры и пациента; рекомендации пациентам и родственникам по сохранению здоровья; социально-экономические аспекты в работе отделения; профессиональные аспекты деятельности медсестры.

Наличие пациентов с сочетанной патологией обусловило потребность в расширении знаний при осуществлении ухода и наблюдения. Медсестра должна не смотреть, а видеть, устанавливать причинно-следственные связи, чтобы максимально обеспечить удовлетворение потребностей пациентов.

Проводимые в рамках отделения конференции определили, что значительное количество больных с сочетанной патологией требовало более широкого подхода к их проблемам. Наличие комплекса проблем у пациентов с патологией различных органов и систем послужило основанием для организации совместных семинарских занятий для медицинских сестер отделений терапевтического профиля. Обучение начато в 2004 году и эффект налицо.

Далее планируются разработка единых протоколов ухода и наблюдения за пациентами терапевтического профиля, ведение специального листа наблюдения для пациентов с сочетанной патологией.

Процесс разработки планов ухода за больными с сочетанной патологией повысит мотивацию медсестер к расширению знаний по профилю других отделений; позволит осуществить более индивидуализированный уход за пациентами; будет способствовать более тесному взаимодействию сестринского персонала терапевтических отделений.

УЛЬЯНОВА В.П.
Кемеровский областной медицинский колледж,
г. Кемерово

ПЕРИОПЕРАТИВНЫЙ ПРОЦЕСС – НОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Большую роль в формировании специалистов играет правильность представлений о своей будущей профессии и психологическая подготовка студента к медицинской деятельности, что способствует выполнению им профессиональных функций в условиях реформирования практического здравоохранения. Используя во время прохождения производственной и квалификационной практики совместную деятельность «колледж – ЛПУ», мы развиваем гуманистические отношения в системе «медработник – больной» и способствуем формированию у студентов клинического мышления, обеспечивая превращение студента в специалиста. Такая совместная деятельность становится наиболее эффективной благодаря деятельности преподавателей-консультантов в МУЗ ГКБ № 3.

В свою очередь, периоперативный процесс, который начинает развиваться в хирургических отделениях, создает потребность в специалистах нового уровня. Противоречия между высокими технологиями в работе врачей-хирургов и отсутствие таковых для медсестер создает необходимость научного подхода к развитию и совершенствованию деятельности сестринской службы, обоснованию норм, критериев и стандартов сестринской (операционной) практики. Появилась необходимость обучения сестринского персонала на рабочих местах по конкретным профессиональным проблемам. Весь процесс подготовки медсестры нового уровня можно разделить на несколько этапов.

Первый этап. В плане совместной работы преподавателя-консультанта с медсестрами отделений хирургического профиля составлены и отработаны протоколы оказания простых медицинских услуг и медико-технологические протоколы ведения пациентов.

Второй этап. Создано учебно-методическое пособие для медсестер хирургических отделений и оперблоков «Периоперативный процесс и его роль в реабилитации пациентов хирургического профиля».

Третий этап. Развитие у студентов и медсестер системного и профессионального мышления, в т.ч. клинического, формирование устойчивой профессиональной мотивации. Большая роль в этом принадлежит организации в отделении практических семинаров, проводимых совместно с врачами. На повышенном уровне и факультете высшего сестринского образования проведена защита дипломных работ по деятельности медсестры в периоперативном периоде, где представлены собственные разработки организации ухода. Все работы получили отличную оценку, что говорит не только о глубине владения данной технологией, но и качестве обучения, развитии творческих способностей студентов, о желании работать на совершенно новом уровне.

Четвертый этап. Организация ведения периоперативного процесса в отделениях ГКБ № 3. Создание рабочих карт динамического наблюдения за пациентами в периоперативном периоде. Результатом данной работы явилось повышение производительности труда, уровня квалификации медсестры, введение должности медсестры координатора-консультанта, периоперативной медсестры с повышенным уровнем образования, повышение уровня заинтересованности медсестры в результате своего труда при внедрении новых технологий.

Это нашло отражение в проведении городской конференции операционных медсестер «Профилактика раневой хирургической инфекции», Областного дня специалиста операционных медицинских сестер «Профилактика внутрибольничной инфекции в работе оперблока», где операционные медсестры уже не просто делились опытом своей работы, но проводили анализ и обобщение, предлагая новые формы организации труда, такие как создание «единой технологической линии по профилактике внутрибольничной инфекции» в работе периоперативной медсестры.

Таким образом, в сегодняшних условиях очевидна необходимость внедрения в процесс обучения медсестер новых сестринских технологий, таких как периоперативный процесс, который, обеспечивая научную организацию труда медсестер и связывая воедино процесс обучения студентов и оказания качественной помощи пациенту, не только создает потребность, но и предоставляет условия для повышения качества подготовки медсестры нового уровня – профессионала высокой квалификации, конкурентоспособного специалиста, соответствующего требованиям новых технологий, способного сделать труд медсестры более производительным, эффективным, востребованным в обществе.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЛИКСТАНОВ М.И.
МУЗ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3 ИМЕНИ М.А. ПОДГОРБУНСКОГО: 1915-2005 6

Раздел I
ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ, ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БЕЛЯВСКИЙ А.Р., КИЧА Д.И., РАННЕВ И.Б.
ПУТИ РАЗВИТИЯ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ
В ФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА 11

БЖИТСКИХ В.А., КОТОВ Д.В., МАСИН А.Н., БЖИТСКИХ А.В.
СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ
В ЛОКАЛЬНОЙ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ СЕТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 12

БЖИТСКИХ А.В., БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н., ЧУНАРЕВ В.Ф., ГРАЧЕВА Т.Ю.
КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СИСТЕМА «ПАЦИЕНТ-2000»
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ 12

БИЧАН И.В., БРЫЗГАЛИНА С.М.
РАБОТА ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГИСТРА САХАРНОГО ДИАБЕТА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ:
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ, КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 13

БОНДАРЕВА Е.И., ЦЫЦОРИНА И.А.
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
КРУПНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ 14

БОНДАРЕВА Е.И., ЦЫЦОРИНА И.А.
НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ В КРУПНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦАХ 15

БЫКАДОРОВА О.Л., СТЕПАНОВ В.В., МИРОНОВА Г.Ф., ХОПТЯН Д.А., ВОРОНИНА Э.У., КОЖЕВНИКОВА Е.Г.
ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ
В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА 16

ВЕГНЕР О.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ. РОЛЬ МЕНЕДЖЕРА ПРИЕМНОГО ПОКОЯ 17

ВИНОГРАДОВ А.З., АНДРИЕВСКИЙ Б.П.
СЕТЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 18

ГРИБОВА Е.М., КОВАЛКИНА О.А., КОВАЛЕНКО А.В., ХАЛИМОВ Ю.Н.
ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ БЛОКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ 19

ЗАЙЦЕВА В.Ю., МИХАЙЛОВА И.А., ЛИКСТАНОВ М.И.
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 19

ЗАРУБИНА М.А., ЛИКСТАНОВ М.И.
СВЯЗИ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 20

ИЛЬИН О.М.
СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РАЗВИТИЯ БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ 21

КИЧА Д.И., БРЕУСОВ А.В. ЛИКСТАНОВ М. И.
СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА . .22

КОЛПИНСКИЙ Г.И., ВАЙМАН Е.Ф., БЖИТСКИХ А.В., БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ
«ПАЦИЕНТ-2000» В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ 23

КОМКОВ А.Р., ЧЕРНОБАЙ Н.А., ШЕВЕЛЕВА Т.В.
ДОРОГОСТОЯЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В КРЕДИТ 23

КОРНЕВ В.П., МОРОЗОВА Г.В., МОСЕЙЧУК Н.Н.
ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В УСЛОВИЯХ ЧАСТИЧНОГО ФОНДОДЕРЖАНИЯ 24

КОТОВ Е.Н.
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ЛПУ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ 26

КРАСНОВА Н.В.
ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ 27

КУЗИНА И.Р.
ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 28

ЛЕВЧЕНКО И.А., ЖАРОВСКИХ О.А.
ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 29

ЛЕВЧЕНКО И.А., ЖАРОВСКИХ О.А., КОРОЛЕВА Н.Ф., НИКОЛАЕВА Н.А., АНДРЕЕВА Н.А.
ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1 29

ЛИКСТАНОВ М.И.
МОДЕЛЬ МАРКЕТИНГА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 30

ЛИКСТАНОВ М.И., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., СТАРЫХ В.С.
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ 31

ЛИКСТАНОВ М.И.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ 32

ЛИКСТАНОВ М.И.
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОСТРОЕНИЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 34

МАЛАХОВА Н.Г., ЧУНАРЕВ В.Ф.
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА НА ЦИФРОВОЙ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКЕ 35

МАСИН А.Н., БЖИТСКИХ В.А, КОТОВ Д.В., БЖИТСКИХ А.В.
КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭКГ В ЛОКАЛЬНОЙ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ СЕТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 35

МАШТАКОВ Б.П., СОКОЛОВИЧ А.Г., ИВАНЦОВ В.И., СТЕПАНЕНКО А.В., БЕЛЯЕВ К.Ю.
ОПЫТ РАБОТЫ КРАЕВОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 36

МОИСЕЕНКОВА Е.Н.
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ 37

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ПОЛУКАРОВА Т.Ф., НОВИКОВА О.Н., ПЕРМЯКОВА А.В.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ОБСЕРВАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ 38

ПОЛУКАРОВА Т.Ф., РУХАДЗЕ А.В., АНДРЮК О.В., СУРКОВА М.Г., СМИРНОВА О.В.
ПОСЛЕРОДОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 38

РОЗЕНФЕЛЬД Л.Г., ХОВРИН А.И.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ ФИНАНСИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОГРАММ ИЗ СРЕДСТВ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДМС) 39

РОТ Г.З., ШУЛЬМАН Е.И., УСОВ С.Б., УСОВ Б.П.
СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 40

САРАНЧИНА С.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАБИЧУК Г.И., ЛОМОВА Л.А., ВЕЖНИНА Т.В.
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ 41

СИВОРОНОВ К.Н., ЧЕПРОВА М.Ф., ЯРОВОЙ В.В., ГУЛЬНЯШКИН В.А., ЗИМА Н.Г.
ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 42

СМЕРДИН С.В., ЧЕРНОВ М.Т., ПЕЧЕРИНА И.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАБИЧУК Л.Д.
ОПЫТ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 43

СОЛОВЬЕВА Ю.А., СОЛОВЬЕВ В.А.
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛИНЕЙНОЙ ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ 44

СОЛОДОВНИК А.Г.
К ЮБИЛЕЮ БОЛЬНИЦЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КОЛЛЕКТИВОВ КАФЕДРЫ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И БАЗОВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ (1980-1990 ГОДЫ) 45

СТАРЫХ В.С.
О НЕЙРОГИДРАВЛИЧЕСКОЙ ОРИЕНТАЦИИ ОРГАНИЗМА В ПРОСТРАНСТВЕ 46

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., СТАРИНЧИКОВА Л.И., ПОТКИНА Т.Н.,
ЛОНЧАКОВА И.Ю., МАМОНТОВ О.К., РЕСЕНЧУК А.И.
РАБОТА ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В СВЕТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ . .46

ТЕСЛЕНКО В.Р., ШИРШОВА Н.Е.
МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ 47

УШАКОВА Г.А., КУБАСОВА Л.А., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В., ДЕМЬЯНОВА Т.Н., ГРИГОРУК Н.П., ЕЛГИНА С.И.
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ГКБ № 3 48

ФОМИНА А.В.
ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ СЕМЕЙ 49

ХОВРИН А.И.
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
И ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 50

ЧУПРОВА Т.А., НИЛОВА О.Л.
РОЛЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ 50

ШАПКИН А.А.
ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 52

ШАПКИНА Н.Б.
ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ 52

Раздел II
ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

АЛИФИРОВА В.М., АНТУХОВА О.М.
ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТОВ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА . . .57

АЛИФИРОВА В.М., АНТУХОВА О.М.
МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ИНСУЛЬТОВ В СЕВЕРСКЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕГИСТРА) 57

АЛИФИРОВА В.М., НИКОЛАЕВА Т.Н., ТИТОВА М.А.
ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ В ГОРОДЕ ТОМСКЕ 58

АНДРЕЕВА В.И, МАРЦИЯШ А.А, ЛАСТОЧКИНА Л.А., ЭДИГЕЙ Н.А.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА,
АССОЦИИРОВАННОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 59

АНИСЕНЯ И.И.
ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИИ В УСЛОВИЯХ МАЛЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ 60

АРТАМОНОВА Н.Г.
САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ 61

БАЙБОРОДОВА Т.И., БАЙБОРОДОВ И.П., ШАЦКАЯ Г.И.
СОСТОЯНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ПУТИ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ 62

ВАСИЛЬЧЕНКО Е.М.
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ
КОНЕЧНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНЫХ
ТЕРРИТОРИЙ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА 62

ВЕТЛУГАЕВА И.Т., БЕЛЫХ В.Н.
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 63

ВИНГЕРТ С.А., ЗАГОРСКАЯ Л.А., МЕДВЕДЕВА Н.Л.
НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЛПУ 64

ВИНГЕРТ С.А., МЕДВЕДЕВА Н.Л., ЧЕКУШИН Р.Х.
РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ОЦЕНКЕ БОЛЬНЫМИ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВСЛЕДСТВИЕ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ 65

ВОСТРИКОВА Е.А., БАГРОВА Л.О., ПРОСТАКИШИНА Ю.М., ВЕТЛУГАЕВА И.Т.
ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ
ЛЕГКИХ У РАБОТНИКОВ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА 65

ГАВРИЛОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
РАК МУЖСКОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ 66

ИВАНОВА Е.В.
УЧАСТИЕ КРАСНОГО КРЕСТА В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КУЗБАССЕ 67

ИВАНОВА О.В., КОПЫЛОВА И.Ф., ЧЕРНОВ М.Т.
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ТЕРРИТОРИИ 68

КАЛАШНИКОВА Т.В., ХВОСТОВА О.И., КОЛБАСКО А.В.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ
НАРУШЕНИЙ У ТЕЛЕУТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 69

КАШИРИНА Е.Ж., БРЫЗГАЛИНА С.М., ШАХВОРОСТ Н.П., ШУПЕНКО И.В., ПАНТЕЛЕЕВА В.И.
НАШ ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 70

КОНОВАЛОВА Н.Г.
ВЛИЯНИЕ ЗРЕНИЯ НА РЕГУЛЯЦИЮ ПОЗЫ СИДЯ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ 70

ЛУКАШОВА Е.Н., КОПЫЛОВА И.Ф., ШАВЕЛЬКИНА И.И., ПИСКУНОВА Н.Н.
ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 71

МАГАРИЛЛ Ю.А.
ПРОБЛЕМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КУЗБАССЕ 72

МАМОНТОВ В.В., ГОВОРОВ В.В., ПОЛЯКОВ В.В.
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 73

НИКОЛАЕВА Т.Н., АЛИФИРОВА В.М., ТИТОВА М.А
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ИНСУЛЬТА В ТОМСКЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕГИСТРА) 74

СИВОРОНОВ К.Н., ЗИМА Н.Г., АФАНАСЬЕВ Д.В., ЯРОВОЙ В.В., СИБИЛЬ К.В.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 75

ХРОМОВА Н.Л.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАНДАРТА СЛУЧАЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 76

ХРОМОВА Н.Л.
ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И КОНТРОЛЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ 77

ХРЫКИНА Н.Е., БУШ Е.Н.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ 78

ЧЕКУШИН Р.Х., УРБАНСКИЙ А.С., МЕДВЕДЕВА Н.Л., ГРОМОВ К.Г.
НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ОРГАНИЗОВАННОЙ МОЛОДЕЖИ 79

ЯКУБОВИЧ В.В., КОПЫЛОВА И.Ф.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В Г. КЕМЕРОВО 79

Раздел III
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮТЕРАПИЯ

Терапия

АЙЗЕНШТАДТ С.Я., БЕССАРАБОВА Н.Н.
КАПИЛЛЯРОТЕРАПИЯ ПО ЗАЛМАНОВУ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ КОРРЕКЦИИ ВЕСА 83

АЙЗЕНШТАДТ О.Ю.
ПРИМЕНЕНИЕ ПУНКТУРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВЕСА 83

АЛИФИРОВА В.М., ЛИСИЦЫНА Ю.Н.
НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 84

АЛЬПЕРОВИЧ Б.И., САЛО В.Н., КРЕЧМЕР М.Ю.
СТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ НИЗКИМИ ТЕМПЕРАТУРАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ 85

АНДРЕЕВА В.И., МАРЦИЯШ А.А., ЛАСТОЧКИНА Л.А., ЭДИГЕЙ Н.А., СПИРИНА В.М., КИРЕНБЕРГ Е.В.
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 86

АНИЧКИНА О.А., ВОЛКОВА Л.И., БОГОМЯГКОВ В.С., ДАВЫДОВ А.В., КИСЕЛЕВА Ю.В.
ХРОНИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ: РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ 87

БАГРОВА Л.О., ВОСТРИКОВА Е.А., ПРОСТАКИШИНА Ю.М., АРЖАЕВА Е.Г.
ЧАСТОТА БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОТНИКОВ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА 88

БРЫЗГАЛИНА С.М., ШИМОТЮК Е.М.
К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА 88

БРЫЗГАЛИНА С.М., КОРОЛЕВА Ю.Б., БИЧАН И.В., ГАМИДОВА И.И.
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ 89

ВАВИЛОВ А.В., КАЛИМУЛЛИНА Л.Д., ЛОМИВОРОТОВА Г.В., БЕЛОВОЛ О.Е.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, УЧИТЫВАЮЩЕГО ПАСПОРТНЫЙ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТОВ 90

ВАЛИКОВА Т.А, ПУГАЧЕНКО Н.В., ВОСТРЯКОВА С.А., АЛИФИРОВА В.М.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ 91

ВОЛКОВА Л.И., КАПИТАНОВА Д.В., САПРЫКИНА Э.В.
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 92

ЖУЙКОВА М.М., ЗИМИНА В.Н., ГАЛАЙДА Н.М., СМЕРДИН С.В., ПЕЧЕРИНА И.В.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ 93

ЖУКОВА Н.Г., ГАШИЛОВА Ф.Ф., ЖУКОВА И.А.
НОВЫЙ ДОФАМИНОВЫЙ АГОНИСТ МИРАПЕКС В ЛЕЧЕНИИ ПАРКИНСОНИЗМА 94

ЗАУЗЕЛКОВА Е.А., ГРИБКОВА И.А., НОВОСЕЛОВА Л.В.
ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА УМЕНЬШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ 94

ЗУЕВА С.А., КОВАЛЕНКО А.В.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ 95

ИГНАТОВА Т.В., АЛИФИРОВА В.М., СТРЕЛИС Л.П., УДУТ В.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕФЛЕКТОРНЫМ СИНДРОМОМ (СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ) 96

ИГНАТОВА Т.В., АЛИФИРОВА В.М.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕФЛЕКТОРНЫМ СИНДРОМОМ (СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ) В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ 97

ИГНАТОВА Т.В., ЭСКИН В.Я., УДУТ В.В.
ВЕРОЯТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕФЛЕКТОРНЫМ СИНДРОМОМ (СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ) 98

КАЗАКОВА А.С., НИКИТИНА А.Н., АЛИФИРОВА В.М., ПУГАЧЕНКО Н.В.
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ 99

КАСЬЯНОВА Н.Н., СУМИН А.Н., МАСИН А.Н., УЩЕКО М.В.
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ 99

КАШИРИНА Е.Ж., БРЫЗГАЛИНА С.М., ШАХВОРОСТ Н.П., ВИННИКОВА Г.А., ШУПЕНКО И.В., ПАНТЕЛЕЕВА В.И.
ДИНАМИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 100

КОБЕЛЕВА Г.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАЙБОРОДОВА Т.И., ШАЦКАЯ Г.И.
ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СТАЦИОНАРАХ 101

КОННОВА Т.В., ЖУРАВЛЕВА Л.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 102

КОСТРОВА Т.О., ШЕВЧЕНКО Н.Э., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
ПРИМЕНЕНИЕ ФРАКЦИЙ ТИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПИОДЕРМИИ 103

КОСТИН В.В., СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И., ЗАЛЕСОВА О.Б., КОНОВАЛОВА А.А.
РОЛЬ СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОВНЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 103

КРАВЕЦ Е.Б., АДАМЯН А.Т., КОЩЕВЕЦ Т.Ю.
ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ 104

КРАМАРСКИЙ В.А., ПОТАПОВ А.Е.
АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ 105

КУЗНЕЦОВА О.В., ШАНГИНА О.А., ШУМАКОВА Н.В., СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И.
СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ 106

МАЛЮТА Е.Б., РОМАСЮК А.В., БЕРНС С.А.
ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 107

МАЛЮТА Е.Б., РОМАСЮК А.В., КОСТИН В.И.
ДИНАМИКА МАРКЕРОВ АРИТМОГЕНЕЗА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 107

МАНЕРОВ Ф.К., БОРЩИКОВА Т.И., КАРДАШ С.В., КАЛИЧКИНА И.Ю., ХАМИН И.Г., ШМАКОВА Т.Г., АНДРИЯНОВА О.И.
МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА И КРАСНУХИ У ДЕТЕЙ 108

МАРЦИЯШ А.А., ЛАСТОЧКИНА Л.А., АНДРЕЕВА В.И., ЭДИГЕЙ Н.А.
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ИНФАРКТ МИОКАРДА, В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ САНАТОРИИ 109

МАРЦИЯШ А.А., ЛАСТОЧКИНА Л.А., ЭДИГЕЙ Н.А., АНДРЕЕВА В.И, СПИРИНА В.М., КИРЕНБЕРГ Е.В.
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 110

МАСИН А.Н., СУМИН А.Н., ГАЛИМЗЯНОВ Д.М., ГАЙФУЛИН Р.И.
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 110

МИХАЙЛОВА И.А., ЗИНЧУК С.Ф., ЗВЯГИНА О.В., ФРОЛОВА С.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
У РАБОЧИХ АММИАЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА 111

НЕСТЕРОВ Ю.И., КОМИССАРОВА Н.Н., РОЖЕНЦОВА Н.С.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 112

НЕСТЕРОВА К.И., БАГИШЕВА Н.В., КОПЧЕНКОВА Н.А., ДОДОНОВА Е.Ю., ГРУНВАЛЬД О.В.,
БЕККЕР Е.Е., БАКШЕЕВА Т.А., КУЗЬМИНА Н.С., СОКОЛЬНИКОВА В.П., КРОТОВА А.Ю.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА
ИНТРАНАЗАЛЬНЫМИ КАПЕЛЬНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ 113

ОВСЯННИКОВ Н.В., БАГИШЕВА Н.В., ГОЛЕВЦОВА З.Ш., ЕРМАКОВА А.Ю.
ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХОБЛ 114

ОВСЯННИКОВ Н.В., ГОЛЕВЦОВА З.Ш., ОВСЯННИКОВА Л.В., БАГИШЕВА Н.В.
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА
БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 115

ОВЧАРЕНКО Ю.С., АВДЕЕВА М.М., ХАЗАНОВ В.А., УДУТ В.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 115

ОЛЕНЕВА И.Н., ЛИКСТАНОВ М.И.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА 116

ОСИПОВ А.Г., РАЗУМОВ А.С., ВОСТРИКОВА Е.А., КОСТИН В.И., ЛИКСТАНОВ М.И.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ 117

ПРОЗОРОВА Н.В., ШАЛЯКИНА Н.Ю., КОВАЛЕНКО А.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БЕТАСЕРК» ПРИ ВЕСТИБУЛОПАТИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 118

РОМАСЮК А.В., ВИНИЦКАЯ И.Н., МАЛЮТА Е.Б.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ 119

РЫЧКОВ А.Ю., ПУШКАРЕВ Г.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА 119

СМИРНОВА И.М., КАРЕЛИНА Н.И., ЛОНЧАКОВА В.В.
ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 120

СМИРНОВА И.М., КАДОЧНИКОВА А.Н., ДРОЖЖЕВСКАЯ Н.Ф.
ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 121

СУДАКОВА Л.В., МИХАЙЛОВА И.А., ЛИКСТАНОВ М.И.
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЗА 10 ЛЕТ В ГКБ № 3 122

ТАЧКОВА О.А.
ИСХОД ДОМАНИФЕСТНЫХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО
ОБМЕНА И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 122

ТЕРЕШИНА М.Г., ТЕМЕРХАНОВА Л.И.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ИММУНИТЕТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ И НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ 123

ФИВКОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 124

ХАНИН А.Л., ВИКТОРОВА И.Б., ВАРИН А.А.
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ И ФТИЗИАТРИИ – СПОСОБ РЕАЛИЗАЦИИ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОГО НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПРАКТИКУ 125

ХАНОВА А.Ф., ТАЧКОВА О.А., КОСТИН В.И.
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА 126

ЦЮРЮПА В.Н, ВИЗИЛО Т.Л., ВЛАСОВА И.В.
НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 126

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., КУЗНЕЦОВА О.В., ШУМАКОВА Н.В., СОЛОМАТИНА Е.Б., ГРИГОРЬЕВА Е.В.
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 127

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И., ШУМАКОВА Н.В., КУЗНЕЦОВА О.В., ГРИГОРЬЕВА Е.В., СОЛОМАТИНА Е.Б.
ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 128

ШЕВЧЕНКО Н.Э., КОСТРОВА Т.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
ПОЛИОКСИДОНИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 128

Акушерство-гинекология

АГАДЖАНЯН К.В., ЯКОВЛЕВА Н.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА 130

БАРИНОВА Е.В., ХРОМОВА Н.Л.
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ 130

БАРИНОВА Е.В., ХРОМОВА Н.Л.
КОРЕВАЯ КРАСНУХА КАК ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ 131

БРЫЗГАЛИНА С.М., ПАНТЕЛЕЕВА В.И., ШАХВОРОСТ Н.П.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 132

ГРИГОРЬЕВА О.В., ГУСАИМОВА М.Ю., ОРЛОВА Е.Н.
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СОПУСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 133

ГРИГОРЬЕВА О.В., ГУСАИМОВА М.Ю.
ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ПЕРИНАТАЛ» ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 133

ДЕМЬЯНОВА Т.Н., ЕЛГИНА С.И., ГОЛИКОВ Г.Я., БОГДАНОВА Н.Л., ПЕРЕДЕЛКИНА О.Н.
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 134

ДУБОВАЯ О.Ю., ИВАННИКОВА О.Э., СКАКУН О.А., РОМАСЮК А.В.
СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ 135

ЕГОРКИНА Ю.В.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ 136

ЗАХАРОВ И.С., ГРИГОРУК Н.П., МОЗЕС В.Г., МАЛЬЦЕВА И.А., НАРОЛЕНКО Л.И., НОСКОВА В.А., ПЕРЕДЕЛКИНА В.Н., ОРЛОВА Е.Н., РУДАЕВА Е.В., ВЕНИДИКТОВА Е.В.
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ 137

ИЛЕНКО Е.В., АРТЫМУК Н.В., МАГАРИЛЛ Ю.А., ОГОРОДНИКОВА Т.Н., БЕЛОВ Е.А., ГОЛУБЕВА И.М., ШАКИРОВА Е.А., ПОПОВ П.В.
ОСОБЕННОСТИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 138

КАРЕЛИНА О.Б., АРТЫМУК Н.В.
РОЛЬ ЛЕПТИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 139

КАРПОВИЧ Л.А., ХАЛЬЗОВА Е.Я., ШАКЛЕИН А.В., ХОПТЯН Д.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ (ВУИ) У БЕРЕМЕННЫХ ВО 2-3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 140

КОНОВАЛОВА Н.Г., ЗАГОРОДНИКОВА О.А., ФЕДОРОВА В.В.
ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У МЛАДЕНЦЕВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 141

КРАМАРСКИЙ В.А., ПЕТРИЩЕВ И.В.
ЛЕГОЧНО-ПЕЧЕНОЧНЫЙ ИНДЕКС ПЛОДА КАК ОЦЕНОЧНЫЙ КРИТЕРИЙ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАСТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННЫХ 142

КУБАСОВА Л.А., РЕЦ Ю.В., КАРАСЬ И.Ю., ЕРМОЛЕНКО Л.Л., БОВА О.С.
НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 143

КУБАСОВА Л.А., РЕЦ Ю.В., КАРАСЬ И.Ю., ЕРМОЛЕНКО Л.Л., БОВА О.С.
ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 144

КУБАСОВА Л.А., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В., ЧЕРНОВА Н.Т., РЕЦ Ю.В., КАРАСЬ И.Ю.
НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БРЕМЕННОСТИ 145

КУБАСОВА Л.А., РЕЦ Ю.В., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В., ЧЕРНОВА Н.Т., КАРАСЬ И.Ю.
ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 146

КУЛИНИЧ С.И., ЕЖОВА И.В., ДОРОШЕНКО Е.Ю.
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОН-ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ 147

КУЛИНИЧ С.И., НИКОЛАЕВА И.Н., КУДАЕВ А.Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЭНС-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ 148

ЛУКИНА Н.А., СУПРОНЕНКО О.В., ЧЕРНЯЕВА В.И., ПОНОМАРЕВА М.В.
ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МИКОСИСТ» У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 149

МАЛЬЦЕВА И.А., МОЗЕС В.Г.
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ 150

МОЗЕС В.Г., МОЗЕС К.Б., МИНАЕВА Т.А., ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., МАЛЬЦЕВА И.А., ЗАХАРОВ И.С.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ . . 151

НАБУГОРНОВА Т.В., АККЕР Л.В., МОРОЗОВА И.С.
СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ 152

НЕСТЕРОВ Ю.И., ГРИШКЕВИЧ Е.В., АРТЫМУК Н.В.
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 153

НОВИКОВА О.Н., ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ЕРМОЛЕНКО Л.Л., СИЛИВАНОВА Н.Б., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.
БЕРЕМЕННОСТЬ У ЮНЫХ: ОСОБЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ 154

ОСИПОВА О.К., ДЕНИСОВА А.Н., ГРИГОРУК Н.П., КОСТЮКОВА А.Н.
ТЯЖЕЛАЯ АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА, ИСХОДЫ 155

ПИСКУНОВА Г.В., АРТЫМУК Н.В., ЯНКО Е.В.
РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ДЕВОЧЕК, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ И ИНТЕРНАТАХ 156

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В., НОВИКОВА О.Н., ПЕРМЯКОВА А.В.
ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
ПО ДАННЫМ РОДИЛЬНОГО ДОМА № 1 Г.КЕМЕРОВО 157

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., НОВИКОВА О.Н., СИЛИВАНОВА Н.Б., ЕРМОЛЕНКО Л.Л., ПЕРМЯКОВА А.В.
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ 158

РЕНГЕ Л.В., КАШЛЕВА В.В., ГУСЯТИНА Г.Н., ПОЛУКАРОВ А.Н.
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА
ЗОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г. НОВОКУЗНЕЦКА 159

САМУСЕНКО Н.А., ГУСЯТИНА Г.Н., СИВОВА Н.Д., РЕНГЕ Л.В.
АНАЛИЗ ПЛАНОВЫХ КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЗПЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА 160

ТРИШКИН А.Г., НИКОЛАЕВА Л.Б., АРТЫМУК Н.В., КАЛЯДОВ В.А.
КОМПЛЕКСНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ 161

ХАЛЬЗОВА Е.Я., КАРПОВИЧ Л.А., ШАКЛЕИН А.В., МАРИНКИН И.О., ХОПТЯН Д.А.
ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ
У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОВОДИЕМ ВО II-III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 162

ЧЕРНЫШОВА А.Л., КОЛОМИЕЦ Л.А., КРИЦКАЯ Н.Г.
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА
ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ 163

ЯКОВЛЕВА Н.В., ЕВСЮКОВА Ю.М., АГАДЖАНЯН К.В., ВАНЕЕВА Л.С.
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ 164

ЯКОВЛЕВА Н.В., ЕВСЮКОВА Ю.М., ВАНЕЕВА Л.С., АГАДЖАНЯН К.В.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ 164

Хирургия

АЛЬПЕРОВИЧ Б.И., МАРЬИНА М.Е., ЛЫЗКО И.А.
КРИОХИРУРГИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 166

АЛЬТШУЛЕР Е.М., ЗАПОЛЬНОВ Г.П., ПОГОРЕЛОВ Е.А., КОШКИН А.С.
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ДИПЛОИДНЫХ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА В ХИРУРГИИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ 166

АЛЬТШУЛЕР Е.М., БРЕЖНЕВ Е.В., ГНЕДЬ М.А., ЧИСТЯКОВ О.Р.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЯЧЕИСТЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН 167

АНДРЕЙЧУК М.Е., ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., ПУШКОВ В.В.
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ 168

АНДРЕЙЧУК М.Е., ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., ПУШКОВ В.В., ВОРОНИН Ю.С.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ 168

АРДАШЕВ И.П., ГАТИН В.Р., КАЛАШНИКОВ В.В., АФОНИН Е.А., ГЕРАСИМОВ С.О.
МЕЖТЕЛОВОЙ СПОНДИЛОДЕЗ КОЛЛАПАНОМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ 169

АФАНАСЬЕВ Л.М., ЯКУШИН О.А., РОГАЛЬНИКОВ Н.Н., ИСАЕВ Е.А., ТЕРЕХОВ С.Н.
МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
СО СЛОЖНЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ 170

БАРАНОВ А.И., ХОХЛОВ К.С., БУХТИЯРОВА К.В., ГАБИДУЛИНА Н.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ 171

БЕДИН В.В., ПЕЛЬЦ В.А., КРАСНОВ К.А., ШИН И.П., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В.
ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА 171

БЕДИН В.В., ЗАРУЦКАЯ Н.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ 172

БЕДИН В.В., КРАСНОВ К.А., КРАСНОВА Н.В., ДЕСЯТКИН В.Б.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ 173

БЕДИН В.В., ШИН И.П., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., ЧУРКИН М.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ,
ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ 174

БУХТИЯРОВА К.В., БАРАНОВ А.И., ХОХЛОВ К.С., ПАВЛЕНКО А.А.
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 175

ВАВИН В.В., СОЛОВЬЕВА Э.В.
СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО
ЛАБИРИНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ 175

ГАБИДУЛИНА Н.В., БАРАНОВ А.И., ХОХЛОВ К.С., БУШУЕВ К.Н.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 176

ГАВРИЛОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
РАК МУЖСКОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ 177

ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г., АРДАШЕВ И.П., ДУБОВОЙ А.В., МИТЮКОВ А.Е., ГАТИН Д.В.
АО-ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА 178

ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г., ДУБОВОЙ А.Г., МИТЮКОВ А.Е., ГАТИН Д.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 179

ГИНЗБУРГ Е.Р., СТАРЫХ В.С., ЗОЛОТАРЕВА О.В., ЕЛАГИН С.В., ЧЕПРОВ А.Г.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА 179

ГИНЗБУРГ Е.Р., РИСОВЕР Р.Л., ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г.
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ
КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТОВ К ЧЕРЕПУ 180

ДАНЦИГЕР Д.Г., ЛАНШАКОВ В.А., ШАШКОВ В.В., ХАЛАМАН А.Г., ЕРОШИН В.М.
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ 181

ДЕГТЯРЕВА В.В., ВОЛОДИНА Е.Е., ДОМНИКОВА Н.П.
ДИЗЭРИТРОПОЭЗ ПРИ АГРЕССИВНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМАХ 182

ДРАЛЮК М.Г., РУДЕНКО П.Г.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ND-YAG ЛАЗЕРА В НЕЙРООНКОЛОГИИ 183

ДРОБОТОВ В.Н., ЯКУШЕВА Т.С., КУВШИНОВ Д.Ю., ЕЩИН Е.Е.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ КИСТИ 184

ДРОБОТОВ В.Н., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., КРАПИВИН Е.А., ПОПОВ П.В.,
ЛОСКУТНИКОВ С.Ю., ЕЩИН Е.Е., СМИРНОВ М.В., ПОТАНИН А.В.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ . .184

ДУБОВОЙ А.В., РИСОВЕР Р.Л.
НОВЫЙ ВИД ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВЫ 185

ЕЛИСТРАТОВ О.Б., НОВОКШОНОВ А.В., АГАДЖАНЯН В.В.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЛАСТИЧЕСКИХ
МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА 187

ИВАНОВ А.В., ИСТОМИН М.В., ДРОБОТОВ В.Н.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА,
КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ 188

ИВАНОВ А.В., ИСТОМИН М.В., ПЛОТНИКОВ Г.А.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНХОНДРОМ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТАТОВ «SYNTHES» . . .189

ИСТОМИН М.В., ИВАНОВ А.В., ДРОБОТОВ В.Н.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИМПЛАНТОВ «SYNTHES» . .190

КАБИРОВ А.В., ПАНФИЛОВ С.Д., ГРАЧЕВ А.М., ЗИМИН В.В., ВАСИН А.С., КИСЛОВ Э.Е., БАТРАКОВ А.М., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
ГРУДНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ – ПОЛОСТНАЯ ИЛИ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ? 190

КАЗНИН В.В., ХОРОШИЙ В.Н., ПОТАПОВ Э.А., ЮШКОВ Н.И.
ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ И ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ СЛЕВА 191

КАЛАШНИКОВ В.В., ВОЛНА А.А., СТАЦЕНКО О.А., НОСКОВ В.П.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ
ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 192

КАЛИНИЧЕВ А.Г., КОЛЕСНИКОВ Е.С., КОРЖУК М.С., СИТНИКОВА В.М.
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
С СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И ТОРАКАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ (СТЧМТТ) 193

КАРМАДОНОВ А.В., ОРЛОВ А.Б., ПОПОВ П.В..
ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫХ БАЛЛОНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ 194

КАРМАДОНОВ А.В., ОРЛОВ А.Б., ПОПОВ П.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ГАСТРОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ 194

КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., ЗОЛОЕВ Г.К.
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ
ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ 195

КОЛОМЕНДИНА Л.Ф., ЩЕТИНИН В.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
АКУСТИЧЕСКИЕ СТВОЛОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ
В ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ 196

КОМКОВ А.Р., ГРУДИН Ю.В.
ОПЕРАТИВНЫЙ ТЕХНИК – ИННОВАЦИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 196

КРАВЧУКОВ И.В., БАТРАК Ю.М., АНУФРИЕВ А.П., ЯРНЫХ В.В.
ЗАДНЯЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ ИМПЛАНТАТАМИ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ
ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ 197

КРАСНОВ О.А., ООРЖАК О.В.
ПЕРСПЕКТИВЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 198

ЛАНШАКОВ В.А., ЗИЯБАЕВ Ш.А., БАХАУТДИНОВ А.Х., СИСИН Ю.А.
ДИАГНОСТИКА НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ РАЗРЫВАХ
СУХОЖИЛИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА 199

ЛУБЯНСКИЙ В.Г., АРГУЧИНСКИЙ И.В., ШЕВЧЕНКО В.Н.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА
ПРИМЕНЕНИЕМ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ СТВОЛОВОЙ ВАГОТОМИИ 200

ЛУЦИК А.А., КАЗАНЦЕВ В.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 201

МАГАРИЛЛ Ю.А., ВЕРЖБИЦКИЙ А.С., МУЛЬЦИНА Т.П., КАТКОВ Е.В.
КОМБИНАЦИЯ ПАКЛИТАКСЕЛА И ДОКСОРУБИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ
МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 202

МАНЬКОВ А.В., ГОРБАЧЕВ В.И.
РАСПРОСТРАНЕНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ В ЛИКВОРЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ
ПО ПОВОДУ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОД СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ 203

МОРОЗОВА Н.А., БУЦЕНИК А.А.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ 204

МУСОХРАНОВ В.В., МОЛЯКА А.Ф., НЕСТЕРОВ А.В., ПИВОВАРОВ Е.А., БЕЛКИН А.И.
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ
ТРАВМОЙ ПОЧКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 205

МУХИН О.В., АРИСТОВА Т.А., ШАБУРОВА Л.Ф., ВОЛОДИНА Е.Е., ДЕГТЯРЕВА В.В., ДОМНИКОВА Н.П.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМАМИ 205

НИКОЛАЕВ А.С., НОВОКШОНОВ А.В., АГАДЖАНЯН В.В.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 206

НОСОВ В.Г.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ИНЦИЗИОННЫХ ГРЫЖ 207

ПАВЛОВ В.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ СТЕНОК ЛОБНЫХ ПАЗУХ 208

ПАВЛЮК А.Л., КОРНИЛОВ Н.Г., ГОРБАЧЕВ В.И.
К ТАКТИКЕ ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ 208

ПАНФИЛОВ С.Д., КИСЛОВ Э.Е., ЗИМИН В.В., КАБИРОВ А.В., ВАСИН А.С., БАТРАКОВ А.М., ГРАЧЕВ А.М., КИРЬЯНОВА Е.В.
11-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У НАРКОМАНОВ 209

ПАРХОМЕНКО Е.В., ШУМАХЕР Г.И.
ПРЕРЫВИСТАЯ ПНЕВМОКОМПРЕССИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ 210

ПАХОМОВ И.А., САДОВАЯ Т.Н., САДОВОЙ М.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СТОПЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ 211

ПАХОМОВ И.А., РЕРИХ В.В.
СУБХОНДРАЛЬНАЯ ОСТЕОМАЛЯЦИЯ БЛОКА ТАРАННОЙ КОСТИ – ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ 211

ПЕПЕЛЯЕВ Е.Г., ВОЛОКИТИН В.В.
МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА 212

ПЕРКИН Э.М., ВАЛУЙСКИХ Ю.В.
ВСТРЕЧНЫЙ ГАЗОЖИДКОСТНЫЙ ПОТОК КАК ВАРИАНТ МЕЖОПЕРАЦИОННОЙ ПРОДЛЕННОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ В УСЛОВИЯХ ЛАПАРОСТОМЫ 213

ПЛОТНИКОВ Г.А., СТАЦЕНКО О.А., ШМУЛЕВИЧ М.В.
БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 214

ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., ПАВЛЕНКО В.В., КРАСНОВ О.А., СТАРЧЕНКОВ С.Б., КОТОВ М.С., ГРЕКОВ Д.Н., ГОРДЕЕВ М.С.
ОПЫТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ 215

ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., АНДРЕЙЧУК М.Е., ПУШКОВ В.В.
К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 216

ПОПОВ П.В., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., ДРОБОТОВ В.Н., ЛОСКУТНИКОВ С.Ю., СМИРНОВ М.В., КРАПИВИН Е.А., ЕЩИН Е.Е.
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ СЛУЧАЙНЫХ РАН 216

ПОТКИНА Т.Н., СТАРЫХ В.С., ТЕМЕРХАНОВА Л.И.
ТРАВМЫ ОТ УКУСОВ ЛЮДЕЙ ЖИВОТНЫМИ 217

РАДИОНОВ И.А., БЕДИН В.В.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА 218

РАДИОНОВ И.А., БЕДИН В.В., ЗИНЧУК Л.И., ВАВИН Г.В., ТУЗОВСКАЯ К.Н., БУНИНА О.Г., МОШКИНА Г.А., РУБАН Е.Э.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА 219

РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А., ДОРОФЕЕВ Ю.И., БОНДАРЕНКО Г.Ю.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ГРУДО-ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ АРМИРОВАННОГО ИМПЛАНТАТА ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА 220

РЕРИХ В.В., ПАХОМОВ И.А., БОРЗЫХ К.О.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СТОП 220

РУБАНОВА О.И., ГАЛЕЕВ И.К., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ДРОБОТОВ В.Н., ВАВИН Г.В., ПЛАЧИНТА А.А., ЧЕРНОБАЙ Г.Н.
ВЛИЯНИЕ ПАРАВУЛЬНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ПЕРФТОРАНА НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЫШЦ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТУРНИКЕТНОЙ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТИ . . . 221

САМОДАЙ В.Г., ЛАКАТОШ К.О., ГРЕЧИХИН О.В.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА «ЛАНЦЕТ-1» В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВОЙ РАНЫ 222

СЕЙДАЛИН Н.К., КАИРОВ Г.Т., ПУШКАРЕВ С.В., УДУТ В.В.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ НЕОАДЪЮВАТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ ЦАФ 223

СИГАРЕВ А.М., БАСОВ В.З.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ, НЕРВОВ, МЫШЦ И СОСУДОВ НА ФОНЕ ОБШИРНЫХ РУБЦОВ КИСТИ И ПРЕДПЛЕЧЬЯ 224

СТАРЫХ В.С.
О РОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАНАЛА СПИННОГО МОЗГА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 225

ТОЛСТЫХ А.Л., САМОДАЙ В.Г.
МЕТОДИКА ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ НЕСВЕЖИХ И ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА 226

ТОЛСТЫХ А.Л., БЫКОВ Э.Г., САМОДАЙ В.Г.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ 227

ТОЛСТЫХ А.Л., САМОДАЙ В.Г., ЛЕТНИКОВ А.Н.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА 227

ТОРГУНАКОВ С.А., ТОРГУНАКОВ А.П.
НОВЫЕ МЕЖСИСТЕМНЫЕ ВЕНОЗНЫЕ АНАСТОМОЗЫ: ОБОСНОВАНИЕ 229

ФЕДОРОВ М.Ю., АГАДЖАНЯН В.В., НОВОКШОНОВ А.В., НИКОЛАЕВ А.С., ЕЛИСТРАТОВ О.Б., ВАНЕЕВ А.В., НОВОКШОНОВ Е.А.
ЭНДОКРАНИОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ 230

ХИТРИХЕЕВ В.Е., ГОРБАЧЕВ Н.Б., ГОМБОЖАПОВ Э.З., ОЧИРОВ Ж.Б., ЦЫБЖИТОВ Б.В., КИМ Е.К., ПЕТРУНОВ А.И.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 231

ХОХЛОВ К.С., БАРАНОВ А.И., ХАЛЕПА В.И., АЛИПБЕКОВ С.Б.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ 232

ХОХЛОВ К.С., БАРАНОВ А.И., КРЮЧКОВ Н.Б., НАТЕЛАШВИЛИ В.Д.
ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ 232

ЧЕЛУХОЕВА Л.Г.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ 233

ЧУРКИН М.В., ШАБУНИН А.В, БЕДИН В.В.
ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 234

ШИЛИН В.М., ПЕРКИН Э.М., ШИЛИН М.В.
НОВЫЙ СПОСОБ КОМПРЕССИОННОГО АНАСТОМОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ 235

ШМУЛЕВИЧ М.В., СТАЦЕНКО О.А., СИМАГАЕВ Р.О., БОЯРИНОВ А.Г.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА 235

ШМУЛЕВИЧ М.В., СТАЦЕНКО О.А., СИМАГАЕВ Р.О., БОЯРИНОВ А.Г.
ПРИМЕНЕНИЕ АНКЕРНЫХ ФИКСАТОРОВ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ ГКБ № 3 Г. КЕМЕРОВО 236

ЩЕГЛОВ А.В., БАРАНОВ А.И., КУЗЬМИНА О.М., ШАПРАН В.Т.
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ 237

ЩЕГЛОВ А.В., ШАПРАН В.Т., БАРАНОВ А.И., КИЛИН А.И.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ТРАДИЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ 238

Анестезиология-реанимация

ВАВИН Г.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ПРОЦЕССЫ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ 239

ВИЛЯК Е.А., ВЕРЕЩАГИНА С.А., ГОРБАЧЕВ В.И., КОГАН А.С., ФАДЕЕВА Т.В.
РОЛЬ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ 240

ВЛАСОВ Н.В., КУЗНЕЦОВ С.Д., КРИВОШЕЕВ К.В., МАЛЬКОВ М.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ СУБПЛЕВРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ 241

ДАДЭКО С.М., ШИПАКОВ В.Е., РИПП Е.Г., ГУСЕВ Е.В., СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О.
РЕГИОНАРНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ 242

ДЕМИДОВА Н.Ю., ГРИГОРЬЕВ Е.В., РАЗУМОВ А.С., ЛИ Г.А., АГАФОННИКОВА Л.П., РУБАН С.Э.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ 242

ЖИДОВ И.В., ВАХОВСКИЙ В.А., ШЕВЕЛЕВ В.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 243

ЗИМА Н.Г., СИВОРОНОВ К.Н., АФАНАСЬЕВ Д.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
СПОСОБ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ 244

ИВАНОВА Т.А., ПОПОВА Л.Д., ВЕСЕЛОВА Н.А., ВАСИЛЕНКО Г.Н., КАЛИНИЧЕВ А.Г., ТЕЛЕВНАЯ Л.Г.
ВОЗБУДИТЕЛИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОРИТ И ИХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ 245

КАИРОВ Г.Т., ДЕНИСОВА В.С., РАСТОХИНА Т.Я., КУЩЕВ С.Н., СВИРКО С.В., ГЕЙМАН А.Г.
КИНИНОГЕНЕЗНАЯ И КИНИНАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ НА ЭТАПАХ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ 246

КАМЕНЕВА Е.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ЛИ Г.А., МЕРЛУШКИН С.А.
ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 247

ЛИ Г.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., РАЗУМОВ А.С., МЕРЛУШКИН С.А., КАМЕНЕВА Е.А., КОВАЛЬ С.С., ПУГАЧЕВ С.В.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ 248

МАНЕРОВ Ф.К., СУРКОВ А.М., БОРЩИКОВА Т.И., КАРДАШ С.В., КАЛИЧКИНА И.Ю., ЖУЛАНОВ А.И.
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНТОКСИКАЦИИ ДЕТЕРГЕНТАМИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 248

ПАЛИЧЕВ В.Н., РАЗУМОВ А.С., ЧУРЛЯЕВ Ю.А., ПАЛИЧЕВА Е.И., ШУКЕВИЧ Л.Е.
БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА 250

ПЕРМЯКОВА С.Ю., ВАХОВСКИЙ В.А., ШЕВЕЛЕВ В.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГЕРОНТОЛОГИИ 251

ПОПОВ Д.В., РИПП Е.Г.
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ФОНЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 252

РИПП Е.Г., ШИПАКОВ В.Е., ПОПОВ Д.В., ДАДЭКО С.М., СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О., ГУСЕВ Е.В.
ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИСФУНКЦИИ СИСТЕМЫ
ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ 252

СИВОРОНОВ К.Н., КАМЕНЕВ А.А., АФАНАСЬЕВ Д.В., КАМЕНЕВА Е.А., ЗИМА Н.Г.
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ МЕДНЫМ КУПОРОСОМ 253

СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О., ТЮТРИН И.И., ШИПАКОВ В.Е., ОВСЯННИКОВ Ю.А., ДАДЭКО С.М., РИПП Е.Г., ГУСЕВ Е.В.
НОВЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА 254

ТОМАШЕВСКИЙ И.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ЛИ Г.А.
НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТОТАЛЬНОМ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ 255

ШАТАЛИН А.В., КРАВЦОВ С.А., ПРОНСКИХ А.А., ГИЛЕВ Я.Х.
ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ 256

ШИПАКОВ В.Е., РИПП Е.Г., ДАДЭКО С.М., ГУСЕВ Е.В., СОРОКОЖЕРДИЕВ В.О.
МОНИТОРИНГ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ЭКСПРЕСС-МЕТОДОМ
ГЕМОКОАГУЛОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ 257

Диагностика

АХМЕТЧИН А.Б., МЕЛЮКОВА О.Ю., КОЛПИНСКИЙ Г.И., ПОНОМАРЕВА М.В., КОЧЕТКОВА Н.Н.
РОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБСЛЕДОВАНИИ
ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ 258

БЖИТСКИХ А.В., БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н., ЧУНАРЕВ В.Ф., ПЕТРОВ А.Я.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ ГРАФИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕНТГЕНОЛОГИИ 258

БУНИНА О.Г., ВАВИН Г.В., БОБЫРЬ И.Н.
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ
НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 259

ВАЛЕУЛОВА Е.В., СЕРИКОВА Н.Б., ПОНАСЕНКО А.В, ДЮЛЕМБО О.Н.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ МИКРООРГАНИЗМОВ
STAPHYLOCOCCUS AUREUS И PSEUDOMONAS AERUGINOSA 260

ВЛАД А.Р., СЕМЕНОВ С.Е., БУХТОЯРОВА В.И., ФРОЛКОВ Э.В.
СПИРАЛЬНАЯ КТ-АНГИОГРАФИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ПОПЕРЕЧНЫХ СИНУСОВ 261

ВОЛОКИТИН В.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИИ 262

ДЮЛЕМБО О.Н., ПОНАСЕНКО А.В., СЕРИКОВА Н.Б., ВАЛЕУЛОВА Е.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ 262

ЕГОРОВА Н.А., МАРТЫНЕНКО И.В., ГОЛЬДШМИДТ Н.А., ВАСИНСКАЯ О.А.,
ЗАХАРОВА Е.С., ДОЛГОПОЛОВА О.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
СОДЕРЖАНИЕ КОМПЛЕМЕНТА И БАКТЕРИЦИДНЫЕ СВОЙСТВА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖИТЕЛЕЙ,
ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ 263

КАТАЕВА Н.Г., ИВАНОВА Е.В., БАРАНОВА О.В., КАТАЕВ С.Г., ЛЕВИНА А.Ю.
О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА
ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ И КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИИ 264

КАТКОВА М.А., МАЛАХОВА Н.Г., ЮЗМЕЕВ В.Х.
ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ЛИЦ,
ДЛИТЕЛЬНО КОНТАКТИРУЮЩИХ С ПРОИЗВОДНЫМИ АЗОТА 265

КЛИМЕНКО М.М., ДУДА Е.Е., СТРАЖНИКОВ В.Н.
РЕНТГЕНОВСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ДОСТОВЕРНОСТИ 265

КРАПИВИНА Н.А., КОСТИН В.И., АРТЫМУК Н.В., ТАЧКОВА О.А.
СОДЕРЖАНИЕ ИНСУЛИНА, ЛЕПТИНА И ГРЕЛИНА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ 266

КРАСНОВА М.В., ЛОКТИОНОВА С.М., ПУЗАКОВА О.Ю., ШАМРАЙ М.А., БАРАНОВА Е.Н.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ 267

КРЫШТАЛЕВ К.И., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 268

КУЛИНИЧ С.И., БУРДУКОВСКАЯ Т.Н.
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГРАММ ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ 269

КУЛЫШЕВ В.О., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ 270

МАЛАХОВА Н.Г., ЮЗМЕЕВ В.Х., КАТКОВА М.А.
ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ХЛОРОМ 271

МАЛИН М.В., ИЗМЕСТЬЕВА Е.Н., ДУДОШНИКОВА И.А.
КОМПЛЕКСНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЛИЦ С ИЗМЕНЕННЫМ КЛАПАННЫМ АППАРАТОМ 272

МАЛИН М.В., БАХМЕТЬЕВ А.Б., МОРЕВ В.А., МУХОРТОВА Т.М.
РОЛЬ УЗИ В ИССЛЕДОВАНИИ СУСТАВОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 273

НИКИФОРОВА Н.В., ЧУРЛЯЕВ Ю.А., ВЯЛОВ Д.В.
СОДЕРЖАНИЕ АЛЬБУМИНА, ОПРЕДЕЛЕННОГО ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ И БИОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, В АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 274

ПЕГАНОВ И.Ю., ДЕМЬЯНОВ В.С., РУЗАЕВА В.М., ОСИПОВА Л.И., СИКОРА Г.В., МОРОЗОВ В.П., ЗАХАРОВ В.А.
РОЛЬ И МЕСТО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 275

ПОНАСЕНКО А.В., СЕРИКОВА Н.Б., ДЮЛЕМБО О.Н., ГУСАИМОВА М.Ю.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ПЕРИОДА 276

ПОНОМАРЕВА М.В., АХМЕТЧИН А.Б., МЕЛЮКОВА О.Ю., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОК С ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ 277

ПУЗАКОВА О.Ю., ЧУРКИН М.В., ЗАЙЦЕВ С.А.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ 278

СИДОРЕНКО Н.И., СТУКАЧ Т.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 279

ТЕТЕРИНА Н.В., ДОМНИКОВА Н.П.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ И ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ 279

ФАНАСКОВА Е.В., ГАЛКОВСКАЯ Л.А., ГАЛКОВСКАЯ Н.А.
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХОСЛОЖНЕНИЙ 280

ФАНАСКОВА Е.В., ГАЛКОВСКАЯ Л.А., ГАЛКОВСКАЯ Н.А.
О СЛАБЫХ ВАРИАНТАХ АНТИГЕНА А СИСТЕМЫ АВО 281

ФИВКОВ В.О., КОЛПИНСКИЙ Г.И.
СОЧЕТАНИЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ИХ ВЗАИМНОЕ ВЛИЯНИЕ (НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ МЕТОДАМИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ) 282

ФИЛИППОВ П.Г., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ
ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 283

РАЗДЕЛ IV
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

АРТАМОНОВА Н.Г., АРЗЮТОВА И.И., ГРОМАКИНА Е.В., ОСОКИНА Ю.Ю.
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО – ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ
ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 287

ЕРОХИНА Л.Н., БУШ Е.Н.
ОРГАНИЗАЗИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ 288

ЕФРЕМОВА Л.В.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ 288

КРАВЧЕНКО Л.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ СЕСТРИНСКОЙ
ПОМОЩЬЮ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ 289

МИНИЧ Т.А., ЯРЦЕВА О.Н.
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ 290

СПИРИНА Н.Г.
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 291

УЛЬЯНОВА В.П.
ПЕРИОПЕРАТИВНЫЙ ПРОЦЕСС – НОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 292