



ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
e-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано
в Южно-Сибирском территориальном
управлении Министерства РФ
по делам печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 1500 экз.

Журнал распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Разумов А.С. - ответственный секретарь,
Подолужный В.И. - зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.,
Шипачев К.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Гале-
ев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Ке-
мерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск),
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк),
Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Но-
виков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Самсонов А.П.
(Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокуз-
нецк), Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнец-
кий), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк),
Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ЛЕКЦИЯ

- В.Г. Богданов, Д.А. Бородкина**
ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА3
- Т.Е. Евдокимова**
К ВОПРОСУ ОХРАНЫ НЕРВНО-
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ
ПРОМЫШЛЕННОСТИ КУЗБАССА9

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- В.И. Подолужный, И.Н. Зайков, Р.С. Аринчев,
В.В. Володин, С.С. Соловенко**
ИСТОРИЯ КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО
ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ
И СИНТЕТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ КЛЕЕВ12

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Т.Н. Вахрамеева, Т.Ю. Бедарева**
ДЕФЕНЗИНЫ КАК МАРКЕР
СИСТЕМНОЙ АКТИВАЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ
ПРИ КЛЕЩЕВЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ15
- Н.Б. Юрмазов, Н.В. Малков,
П.Н. Фиалко, Е.П. Хорошко**
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА
ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ
ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В КЛИНИКЕ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ20

- А.Г. Короткевич, Я.Я. Маринич, Е.В. Серебренникова**
ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ПИЩЕВОДА БАРРЕТА23

ОБМЕН ОПЫТОМ

- О.Б. Анфиногенова, А.А. Ачкасова, Б.И. Давыдов**
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ)30

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- О.С. Казакова, Е.В. Лаптев,
Е.В. Московская, О.Г. Соломатова**
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГУБЕРНСКОГО
МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА
В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ34
- Н.И. Тарасов, Е.А. Вострикова, А.А. Марцияш**
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ВНЕДРЕНИЮ
ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКУ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ38

ЮБИЛЕИ

- А.П. Торгунаков, Ю.И. Кривов, Г.П. Красильников**
50-ЛЕТИЕ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ КемГМА42

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

- НОВЫЕ КНИГИ48



В.Г. Богданов, Д.А. Бородкина

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии,
г. Кемерово*

ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА

У больных с мочеточниковыми свищами, обширными повреждениями и стриктурами мочеточников при сохраненной функции почки и удовлетворительном общем состоянии показаны органосохраняющие операции. Наиболее распространенным материалом для выполнения пластики мочеточника является тонкая кишка, применение других материалов не нашло широкого применения. В настоящее время разработано большое количество операций по пластике мочеточников. С помощью этих операций достигается максимальное приближение к нормальным анатомо-физиологическим взаимоотношениям мочеточника и мочевого пузыря. Накопленный опыт многих клиник мира позволяет надеяться, что в будущем кишечная пластика мочеточника займет определенное место в арсенале хирургической помощи этой тяжелой группе больных.

Ключевые слова: пластика мочеточника, тонкая кишка.

V.G. Bogdanov, D.A. Borodkina
URETER PLASTIC

The organosaving surgery is indicated to patients with ureter fistula, extensive damages and ureter stenosis with saved kidney function and general satisfactory condition. The most distributed material is not wide applicated. The present moment a lot of ureter plastic operations are developed. One to this operations the maximal conformity to normal anatomic and physiologic proportions of ureter to urine bladder is developed. The collected experience of many clinics of the world allows to believe that in future intestinal plastic of ureter would take the definite place in the arsenal of surgical help to this seriously ill group of patients.

Key words: ureter plastic, intestinal plastic.

Восстановление проходимости верхних мочевыводящих путей при обширных повреждениях и стриктурах мочеточников остается одной из самых сложных проблем оперативной урологии [5, 7, 8, 18]. Значительные дефекты мочеточников образуются в результате ятрогенных повреждений при операциях на органах малого таза и брюшной полости, после применения лучевой терапии, а также вследствие таких заболеваний, как туберкулез, шистозоматоз, бильгарциоз, ретроперитонеальный фиброз. Расширение показаний к радикальным операциям по поводу злокачественных новообразований, введение в практику эндоскопических и эндовидеохирургических методов лечения повлекло за собой увеличение количества больных с протяженными стриктурами и мочевыми свищами [Переверзев А.С., 2000]. Невозможность восстановления проходимости мочеточников за счет использования неизмененных тканей мочевыводящих путей нередко склоня-

ет уролога к выполнению нефрэктомии или обрекает пациента на существование с постоянными мочевыми дренажами.

Данной категории больных показана частичная или полная замена мочеточников с использованием аутотрансплантатов. До сих пор не увенчались успехом попытки замещения мочеточника синтетическими материалами, сосудистыми аутотрансплантатами, фаллопиевыми трубами, лиофилизированной твердой мозговой оболочкой, участками слизистой из внутренней поверхности щеки, трансплантатами из подслизистой оболочки тонкой кишки. Использование всех этих материалов и тканей не имеет перспективы для постоянного замещения мочеточника, так как они не способны к сократительным движениям, подобно этому органу, и их включение в мочевой тракт неизменно приводит к гидронефрозу.

В результате длительного пути, пройденного экспериментаторами и клиницистами в поисках органа для замещения мочеточника, наиболее подходящей для этого была признана тонкая кишка, имеющая похожее строение стенки и способная к сократительной деятельности. С этой целью использовались также другие отделы желудочно-кишечного тракта: тубуляризованные сегменты желудка, червеобразный отросток и толстая кишка. Однако из-за малочислен-

Корреспонденцию адресовать:

Богданов Владимир Георгиевич, д.м.н., проф., зав. каф. топографической анатомии и оперативной хирургии, ГОУ ВПО «КемГМА» г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а Тел.: раб. (3842) 62-58-58; дом. 61-78-51

ности клинических наблюдений данные методы находят в стадии изучения.

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Кишечная пластика мочеоточника — относительно новая в клинической практике операция, несмотря на то, что в эксперименте ее впервые выполнили в 1900 г. G. D'Urso и A. de Fabii [4].

В последующие годы клинические и экспериментальные исследования, проведенные А.Е. Мельниковым (1912), П.М. Якимовой (1954), А.П. Фрумкинским (1954), Д.В. Каном (1957), Е.П. Цветовым (1959), А.Ф. Ревуновым (1973), Н.А. Лопаткиным (1978), А. Vana (1926), D. Annis (1953), M. Bilker (1954) и др., подтвердили возможность применения выключенной петли кишки в восстановительной хирургии мочеоточника.

Longvet F.G. первый в 1944 г. выполнил кишечную пластику мочеоточника по поводу двусторонних мочеоточниково-влагалищных фистул, которые образовались после радикальной операции по поводу рака шейки матки. Мочеоточниковый свищ слева удалось закрыть с помощью постоянного катетера, а справа развилась выраженная стриктура, так как мочеоточниковый свищ располагался слишком высоко, а околопузырная клетчатка была резко инфильтрирована. Экскреторная урография выявила значительный гидроуретеронефроз, который прогрессировал. После замещения сегментом подвздошной кишки тазового отдела правого мочеоточника прекратилось непроизвольное выделение мочи, и восстановилась функция почки. Через 3 года больная умерла от рака [2].

В 1950 г. С. Muller, по поводу двусторонней обструкции мочеоточников, наступившей также после операции Вертгейма, применил интестинальную пластику на обеих сторонах с интервалом в 10 недель. Спустя 4 года А.П. Фрумкин выполнил эту операцию на единственной почке по тем же показаниям. Клепиков Ф.А. (1964) произвел замещение нижних половин обоих мочеоточников кишечной петлей подковообразной формы с хорошим результатом у больной с двусторонними мочеоточниково-влагалищными свищами. Менее широкое применение нашла аппендикоретеропластика. За почти столетнюю историю этой операции в мировой литературе описано не более нескольких десятков случаев подобного использования червеобразного отростка. Первая в нашей стране аппендикоретеропластика с очень хорошим отдаленным результатом была выполнена А.М. Терпигорьевым в 1971 году и описана автором совместно с В.М. Буйловым в 1983 году. В 2001 году В.С. Карпенко упоминает о четырех неудачных попытках аппендикоретеропластики. В 2003-2006 гг. А.И. Цуканов и соавт. [13, 14, 15] описали разработанную на 16 трупах и примененную у 18-летнего больного пластику мочеоточника трансплантатом червеобразного отростка с благоприятным исходом. Таким образом, в литературе приводятся редкие примеры успешных операций по использованию червеобразного

отростка в качестве трансплантата для пластики дефектов мочеоточника. Эти вмешательства выполнены, в основном, лишь в единичных случаях.

ЧАСТИЧНОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА СЕГМЕНТОМ ТОНКОЙ КИШКИ

Данная операция применяется при необходимости восстановления анатомической и функциональной целостности различных отделов мочеоточника.

Техника операции. Срединным разрезом между мечевидным отростком и пупком вскрывают брюшную полость. Находят место соединения слепой кишки с тонкой и, отступив на 20-25 см, заготавливают сегмент кишечной петли длиной 15-20 см. Брыжейку сегмента петли тонкой кишки не пересекают. Проходимость кишок восстанавливают анастомозом конец в конец или бок в бок. Анастомоз следует накладывать кпереди от брыжейки трансплантата. Изолированный сегмент петли тонкой кишки в зависимости от того, на какой стороне производится пластика мочеоточника, проводят через отверстие в брыжейке толстой кишки забрюшинно к правому или левому мочеоточнику. Края раны брыжейки толстой кишки пристеночной брюшины фиксируют к брыжейке сегмента тонкой кишки. Последующий ход операции зависит от того, какую часть мочеоточника следует заместить [2].

При замещении нижней части мочеоточника верхний конец изолированной кишки зашивают наглухо и в ее бок имплантируют дистальный отрезок мочеоточника. Между нижним концом кишки и мочевым пузырем накладывают анастомоз. Гаспарян А.М., Цветов С.П., Савчук И.Ю., Люлько А.В. и другие авторы считают, что для замещения нижней части левого мочеоточника наиболее рационально V-образное расположение кишечной петли. Для замещения нижнего отдела правого мочеоточника лучше пользоваться J-образной пластикой в обратном направлении или вертикальным расположением кишечной петли.

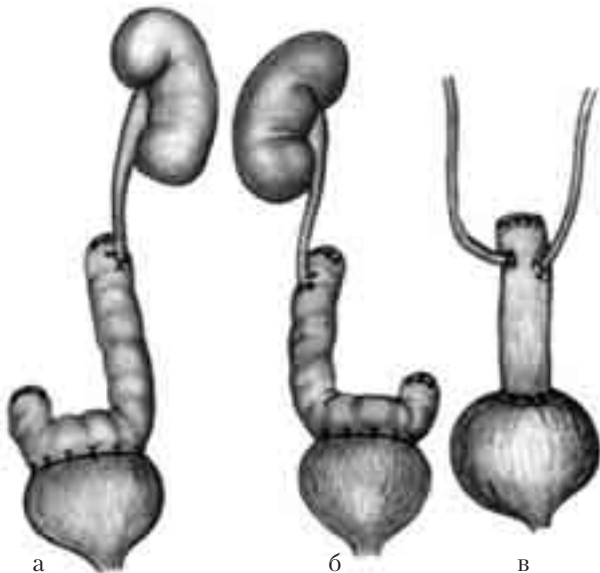
При таком наложении анастомоза между кишкой и мочевым пузырем С.П. Цветов и И.Ю. Савчук рекомендуют производить резекцию 1/3-1/4 верхней части мочевого пузыря, чем достигается включение и сохранение трансплантата как активной части мочевых путей.

Нгадес и другие авторы для замещения нижней части мочеоточника рекомендуют использовать сегмент сигмовидной кишки.

Некоторые авторы при замещении нижнего отдела мочеоточника не выводят изолированную кишечную петлю в забрюшинное пространство, а экстраперитонизируют лишь верхний анастомоз.

Для одномоментного замещения нижней части обоих мочеоточников лучше всего применить V-образную петлю с длинными ветвями, в боковые части которых имплантируют оставшиеся части мочеоточников. С этой же целью можно применять операцию, предложенную Моог, при которой изолируют петлю то-

Рисунок 1
Замещение сегментом петли тонкой кишки нижнего отдела левого (а) и правого (б) мочеточника:
а - j-образное расположение трансплантата,
б - j-образная пластика в обратном направлении,
в - вертикальное расположение кишечной петли с пересадкой обоих мочеточников



щей кишки и J-образно соединяют ее с мочевым пузырем. Верхнюю часть резецированной кишки зашивают наглухо, поворачивают направо и соединяют с культей правого мочеточника. Левый мочеточник имплантируют в среднюю часть кишечной петли. В тех случаях, когда культия правого мочеточника длиннее левой, Arkonti предложил применять J-образную пластику в обратном направлении с поворотом левого конца петли налево.

Экспериментальные исследования и клинические наблюдения В.Ф. Хоменко и С.З. Фрадкина свиде-

тельствуют о том, что сигмоцистопластика имеет преимущества по сравнению с илеоцистопластикой, так как при ней формирование мочевого резервуара быстрее и совершеннее. Для предупреждения пузырно-мочеточникового рефлюкса авторы рекомендуют применять цекоцистопластику с пересадкой одного или обоих мочеточников в терминальный отдел подвздошной кишки, входящей в трансплантат, чтобы использовать баугиниеву заслонку в качестве препятствия к рефлюксу. В эксперименте разработано несколько вариантов цекоцистопластики.

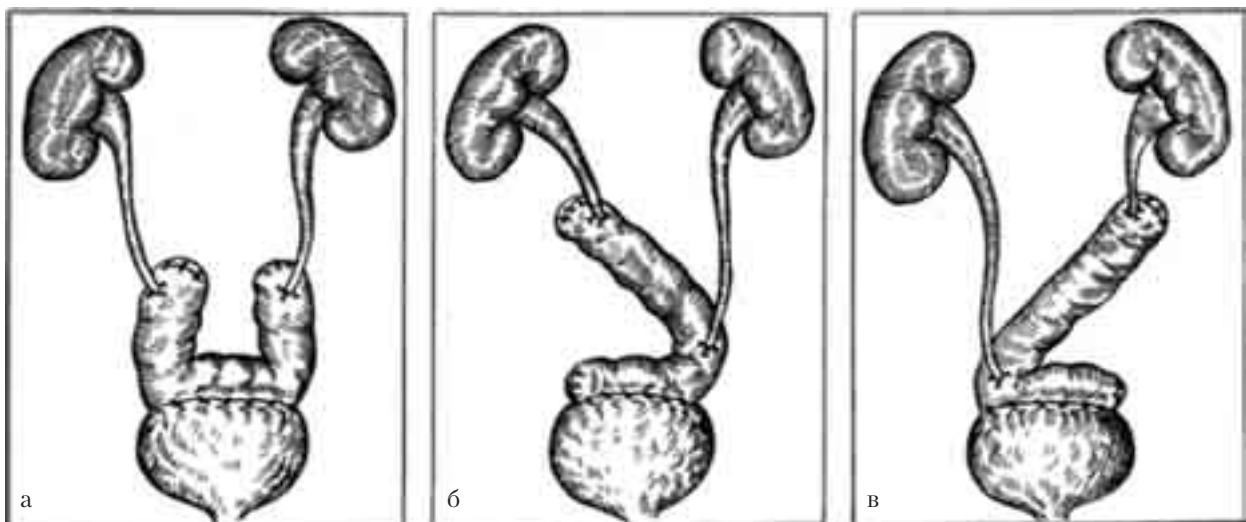
Уретероилеопластика представляет собой логичную, физиологически обоснованную операцию. Однако удалить слизистую оболочку подвздошного трансплантата очень трудно: она скоро восстанавливается из оставшихся островков. Чтобы избежать этого, некоторые авторы рекомендуют после удаления слизистой оболочки формировать кишечный цилиндр серозной поверхностью внутрь.

Замещение дистального отрезка мочеточника кишечным трансплантатом, обращенным серозной оболочкой внутрь. Этот способ предложил Shoemaker для пластики мочевого пузыря, а в 1958 г. Rovinescu применил его для пластики мочеточников.

Методика образования трубки по **Rovinescu** следующая. Отрезок подвздошной кишки длиной 15 см изолируют от илеоцекального угла. Восстанавливают проходимость кишок при помощи анастомоза конец в конец и зашивают дефект брыжейки. Скальпелем тщательно удаляют слизистую оболочку. Восстанавливают кишечную трубку серозной оболочкой внутрь, а подслизистой основой кнаружи. В образованную трубку трансплантируют мочеточник и каудальный конец кишки вшивают в мочевой пузырь.

Люлько А.В. кишечную трубку дополнительно окутывает брюшиной или сальником на ножке. В ряде случаев после удаления слизистой оболочки трансплантата у верхнего его полюса выкраивает лоскут длиной 1-1,5 см, которым обертывает конец

Рисунок 2
Уретероилеоцистопластика: а - замещение нижних отделов обоих мочеточников кишечной петлей U-образной формы, б - пластика по Moor, в - пластика по Arkonti



пересаженного мочеточника в виде полуманжетки серозной поверхностью внутрь. Далее операцию проводят по вышеописанному методу.

Для замещения больших дефектов верхнего или среднего отделов мочеточника Г.Е. Островерхов и Э.Ф. Малюгин экспериментально на собаках разработали методику аутотрансплантации почки.

Операция Островерхова-Малюгина. Параректальным разрезом с соответствующей стороны послонно вскрывают брюшную полость и мобилизуют брюшной отдел аорты выше бифуркации у места предполагаемого анастомоза ее с почечной артерией. Затем мобилизуют и прилежащий участок нижней полой вены. После этого почку отделяют от окружающих тканей и на всем протяжении выделяют почечную артерию и вену. Аорту мобилизуют на 1 см выше и 2 см ниже устья почечной артерии и выключают из кровотока наложением на нее винтообразных зажимов Блелока. После вскрытия аорты из ее стенки выкраивают участок (15 × 10 мм) с устьем почечной артерии. Дефект аорты, образовавшийся в результате иссечения почечной артерии с площадкой, ушивают в поперечном направлении непрерывным швом. Зажимы Блелока перемещают на выделенный участок аорты выше бифуркации. В стенке аорты между зажимами выкраивают окно, соответствующее просвету почечной артерии. Площадку с отверстием почечной артерии фиксируют к верхнему и нижнему краю отверстия аорты двумя П-образными швами, между которыми накладывают непрерывный обвивной шов, и снимают зажимы. Накладывают анастомоз между нижней полой и почечной веной по типу конец в бок. Для этого авторы применяют сосудосшивающие кольца собственной конструкции. Выключенный участок нижней полой вены рассекают крестообразно. На образовавшийся дефект накладывают наружное сосудорасширяющее кольцо, на котором разбортовывают края дефекта. Почку путем пережатия артерии повторно выключают из кровотока. У устья почечную вену лигируют, отсекают и разбортовывают на внутреннем сосудосшивающем кольце. После этого кольца соединяют и фиксируют друг с другом. Зажимы с почечных сосудов снимают, восстанавливая тем самым кровоток в почке. Почку за капсулу фиксируют в подвздошной ямке. Резецируют мочеточник и накладывают анастомоз между его отрезками.

ПОЛНОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА СЕГМЕНТОМ ТОНКОЙ КИШКИ

Одной из наиболее эффективных операций считается кишечная пластика мочеточника. Многочисленными исследованиями доказано, что по физиологическим свойствам тонкая кишка более пригодна для замены мочеточника, так как оба эти органа предназначены для транспортировки продуктов обмена веществ. Казалось бы, для этой цели лучше использовать толстый кишечник, поскольку абсорбция в нем меньше. Однако поскольку контакт мочи с изо-

лированным сегментом кишки непродолжителен, то стойких изменений биохимических показателей и электролитного баланса крови не наступает, а в техническом отношении использовать тонкую кишку всегда легче. Подвижная и достаточной длины брыжейка тонкого кишечника позволяет легко и без натяжения заменить разрушенный отрезок мочеточника, а богатое кровоснабжение способствует хорошему приживлению трансплантата. Выбирая сегмент подвздошной кишки, обращают внимание на его длину, подвижность и васкуляризацию. Прогресс хирургии, достигнутый в последние годы, позволил внедрить эту операцию в урологическую практику.

Суть операции заключается в изолировании сегмента тонкой кишки с использованием ее для замены дефекта одного или обоих мочеточников. Мобилизацию мочевых путей для включения в них сегмента кишки производят так же, как при других пластических операциях. Ключкообразный разрез позволяет не только обнажить мочеточники и соответствующую половину мочевого пузыря, но и произвести необходимые этапы операции, связанные с мобилизацией кишечного трансплантата. Необходимо стремиться установить сегмент кишки в изоперистальтическом направлении. При замене левого мочеточника установление тока мочи в изоперистальтическом направлении не представляет затруднений, так как направление перистальтики петли соответствует току мочи по мочеточнику. При замене правого мочеточника изоперистальтический монтаж кишечной петли не всегда возможен. Для этого нужно повернуть брыжейку на 180°, что таит в себе угрозу нарушения кровообращения вплоть до омертвения трансплантата. В таких случаях без серьезных последствий ее можно установить в антиперистальтическом направлении [5]. Кишечная петля должна располагаться между двумя хорошо определяемыми группами брыжеечных сосудов, чтобы сохранить максимум кровоснабжения для мобилизованного отрезка кишки. В связи с этим еще до изолирования кишки брыжейка должна быть осмотрена. Наметив сегмент кишки, в первую очередь рассекают брыжейку у проксимального его конца. В бессосудистую часть ее вводят зажим, которым расширяют отверстие до тех пор, пока можно будет поместить параллельно два зажима, которые накладывают перпендикулярно оси кишечника, как можно ближе к кишке. Брыжейку зажимают в клеммы на расстоянии примерно 1,5-2 см от ее основания и пересекают между ними. После наложения шелковых лигатур клеммы удаляют. Точно так же брыжейку разделяют у дистального конца кишечного сегмента. Кишку пересекают поперечно в проксимальном и дистальном отделах. Сегмент кишки отводят в сторону и удерживают влажными салфетками.

Восстанавливают проходимость тонкого кишечника путем анастомоза конец в конец или бок в бок двумя рядами швов. После наложения анастомоза отверстие в брыжейке ушивают несколькими узловыми кетгутowymi швами. Далее изолированный сегмент кишки освобождают от содержимого и промы-

вают антисептической жидкостью. При двустороннем поражении чаще используют S-образную кишечную петлю. Подготовив трансплантат, его вместе с брыжейкой выводят в забрюшинное пространство. Брюшную полость после введения в нее антибиотиков ушивают наглухо. Затем осуществляют мочеточниково-кишечный анастомоз.

Известно около 80 различных способов соединения мочеточника с сегментом кишки, но наиболее распространенными являются следующие.

Анастомоз конец в конец. Проксимальный конец кишечной петли частично зашивают с краев, а в середине оставляют отверстие, через которое проводят мочеточник. После погружения мочеточника в просвет кишки на глубину 2-3 см его подшивают к слизистой оболочке кишки. Фрумкин А.П. предлагает предварительно заворачивать внутрь серозную поверхность проксимального конца кишки на протяжении 3-4 см с тем, чтобы при анастомозе мочеточника с кишкой соприкасались между собой однородные ткани (серозные покровы). Kuss R. соединяет мочеточник с кишечным сегментом конец в конец без инвагинации.

Некоторое преимущество имеет **анастомоз конец в бок**. Проксимальный конец кишечной петли ушивают наглухо. В противоположной брыжейке стенке кишки в 3-5 см от проксимального конца делают отверстие. Косо срезанный конец мочеточника сшивают со слизистой оболочкой кишки двухрядными кетгутowymi швами. Такой видоизмененный способ Несбита в большинстве случаев позволяет создать большую площадь анастомоза.

Кишечно-пузырный анастомоз накладывают путем имплантации кишечного сегмента в мочевой пузырь ближе к его дну по способу конец в бок.

Поскольку после радикальной операции, как правило, мобилизация мочевого пузыря затруднена, то для облегчения ее по уретре вводят в пузырь металлический буж, над которым внебрюшинно вырезают «окно» соответственно размеру кишки. Затем на край дистального конца кишечной петли накладывают длинные кетгутковые лигатуры, которые привязывают к концу бу́жа. На этих нитях дистальный конец кишки инвагинируют в пузырь на глубину 1-1,5 см и оба органа сшивают в циркулярном направлении двухрядными узловыми кетгутowymi швами. Внутренний ряд швов захватывает все слои кишки и мочевого пузыря, наружный проникает через серозно-мышечные слои кишки и мышечный слой пузыря.

Резиновую трубку-«шину», установленную в кишечном сегменте, выводят из мочевого пузыря по мочеиспускательному каналу и рядом с ней устанавливают в среднем на 10-12 дней катетер Фолея. Дренажная трубка обеспечивает отток мочи из почки, препятствует парезу трансплантируемой петли кишки и способствует более быстрому заживлению анастомозов. К анастомозам подводят резиновые дренажи и тампоны.

По показаниям дренируют клетчатку малого таза через запирающее отверстие. Операционную

рану зашивают послойно. Дренажные трубки раздельно фиксируют к коже. Успех операции зависит от сохранившейся функции почек и мочеточников выше места обструкции, а также и от удовлетворительного анатомического и функционального состояния мочевого пузыря. Что же касается новообразованного отдела мочеточника, то он способен активно транспортировать мочу из почки. С оптимизмом смотрит на эту операцию К. Uhlir (1970), располагавший собственными 34 наблюдениями, причем у 5 больных была произведена билатеральная пластика.

Для полного замещения мочеточника (jejunopyelocystoanastomosis) применяют длинный сегмент той же кишки.

Техника операции. Срединным разрезом между мечевидным отростком и пупком вскрывают брюшную полость. Отыскивают *plica duodenojejunalis* и, отступив от нее на 20-25 см, резецируют сегмент кишечной петли длиной 25-30 см. Проходимость кишок восстанавливают анастомозом конец в конец. В брыжейке толстой кишки и пристеночном листке брюшины делают окно, через которое проводят сегмент петли тонкой кишки вместе с брыжейкой. Край раны брыжейки толстой кишки (пристеночной брюшины) фиксируют в брыжейке сегмента петли тонкой кишки. Из окружающих тканей освобождают лоханку и между ее задней стенкой и верхним концом кишечной петли накладывают соустье. После этого накладывают анастомоз между кишкой и мочевым пузырем. Лучше всего пользоваться вертикальным или V-образным расположением кишечной петли. При такой пластике кишечная петля находится забрюшинно. Кишечную петлю можно оставить и в брюшной полости, экстраперитонизировав место соединения ее с лоханкой и мочевым пузырем. Некоторые авторы рекомендуют мочеточник не удалять. Попеску К. выполнил прямой анастомоз между мочевым пузырем и подвздошной частью мочеточника путем низведения почки и мочеточника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больных с мочеточниковыми свищами, обширных повреждениях и стриктурах мочеточников при сохраненной функции почки и удовлетворительном общем состоянии показаны органосохраняющие операции. Наиболее распространенным материалом для выполнения пластики мочеточника является тонкая кишка, применение других материалов не нашло широкого применения. В настоящее время разработано большое количество операций по пластике мочеточников. С помощью этих операций достигается максимальное приближение к нормальным анатомо-физиологическим взаимоотношениям мочеточника и мочевого пузыря. Накопленный опыт многих клиник мира позволяет надеяться, что в будущем кишечная пластика мочеточника займет определенное место в арсенале хирургической помощи этой тяжелой группе больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонов, А.В. Алгоритм оперативного лечения заболеваний верхних мочевых путей /А.В. Антонов, С.Х. Аль-Шукри //Актуальные вопросы урологии и андрологии: Матер. IV Дальневост. регион. конф. урологов. – Благовещенск, 2004. – С. 93-95.
2. Деревянко, И.М. Обструкция мочеточников /Деревянко И.М. – Ставрополь: Кн. изд-во, 1979. – 240 с.
3. Джавад-Заде, Мир-Мамед Джавад оглы. Чрезбрюшинный способ пластики пузырно-влагалищных свищей /Джавад-Заде Мир-Мамед Джавад оглы, Тагиева Т.У. – Урол. и нефрол. – 1973. – № 4. – С. 46-48.
4. Кан, Д.В. Восстановление тазового отдела мочеточника (операция Боари) /Кан Д.В. – М.: Медицина, 1965. – 340 с.
5. Кан, Д.В. Кишечная пластика мочеточника /Кан Д.В. – М.: Изд-во ЦОЛИУв, 1968. – 320 с.
6. Кан, Д.В. Восстановительная хирургия мочеточников /Кан Д.В. – М.: Медицина, 1973. – 260 с.
7. Клиффорд, У.Р. Атлас тазовой хирургии /Клиффорд У.Р. – М.: Мед. литература, 1999. – 438 с.
8. Интестинальная пластика мочеточников /Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Новиков А.И. и др. //Урология. – 2005. – № 2. – С. 24-28.
9. Комяков, Б.К. Хирургия протяженных сужений мочеточников /Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. – СПб., 2005. – 255 с.
10. Мороз, М.А. Способ хирургического лечения пузырно-влагалищных свищей /Мороз М.А. //Акушерство и гинекология. – 1980. – № 6. – С. 51-53.
11. Поляничко, М. Ф. Восстановление тазового отдела мочеточника после хирургических и лучевых повреждений и при обширных резекциях по поводу злокачественных опухолей /Поляничко М.Ф., Семькин Ю.А., Задерин В.Д. //Вопросы экспериментальной и клинической урологии. – Оренбург, 1980. – С. 82.
12. Восстановление тазового отдела мочеточника при его обширных дефектах /Пытель Ю.А., Асламазов Э.Г., Казимиров В.Г., Караев К.Н. //Вопросы экспериментальной и клинической урологии. – Оренбург, 1980. – С. 89-91.
13. Отдаленные результаты пластики мочеточника трансплантатом червеобразного отростка» /Цуканов А.И., Байтингер В.Ф., Серяков В.И., Моисеев В.А. //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2005. – № 2(13). – С. 20-21.
14. Способ пластики мочеточника трансплантатом червеобразного отростка /Цуканов А.И., Байтингер В.Ф., Серяков В.И. и др. //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2003. – № 3(6). – С. 25-31.
15. Результаты пластики мочеточника трансплантатом червеобразного отростка в отдаленные сроки (12, 24 месяца) /Цуканов А.И., Байтингер В.Ф., Серяков В.И., Моисеев В.А. //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2006. – № 5(16). – С. 15-17.
16. Реконструктивная хирургия мочеточников /Цуканов А.И., Байтингер В.Ф., Серяков В.И., Ысманалиев М.Т. //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2007. – № 3-4(22-23). – С. 111-113.
17. Чухриенко, Д.П. Атлас операций на органах мочеполовой системы /Чухриенко Д.П., Люлько А.В. – М.: Медицина, 1972. – 376 с.
18. Case of ideal ureter with proximal antireflux system /Kato H., Abol-Enein H., Igawa Y., Nishizawa O. //J. Urol. – 2002. – N 1. – P. 12-22.



Т.Е. Евдокимова

ГУЗ «Беловский психоневрологический диспансер»,
г. Белово

К ВОПРОСУ ОХРАНЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КУЗБАССА

Рассматриваются особенности нервно-психических нарушений работников угольной промышленности, обусловленные природными и производственными факторами Кузбасса.

Ключевые слова: психическое здоровье, шахтеры, социальные и производственные факторы.

Т.Е. Evdokimova

TO THE QUESTION OF NERVOUSLY-MENTAL HEALTH OF COAL-INDUSTRY WORKERS IN KUZBASS

The features of nervously-mental dysfunction of coal-industry workers causes by natural and industrial factors of Kuzbass are reviewed.

Key words: mental health, miner, social and production factors.

Общественное здоровье является интеллектуальным, нравственным и трудовым потенциалом нации, определяющим ее способность к развитию.

Низкий уровень общественного психического здоровья оказывает негативное влияние как на здоровье общества в целом, так и на его социальное и экономическое состояние. По данным ВОЗ (2001), во всех странах мира, включая и развивающиеся, психические расстройства постепенно оттесняют с ведущих позиций традиционных врагов человечества — инфекционные болезни и недостаточное питание, и становятся одной из главных причин утраты нетрудоспособности и преждевременной смерти.

Психическое здоровье населения во многом зависит от структуры и содержания микросоциальной и макросоциальной среды: каждый общественный старт имеет свои социальные и этнические стандарты, которые определяют механизмы личностного реагирования и способствуют превенции психической дезадаптации, которая, в свою очередь, опосредованно отображает уровень индивидуального и общественного благосостояния. «Поле» внутреннего мира характеризует совокупность чувств, мыслей, духов-

ных устремлений, то есть всего того, что позволяет субъекту считать себя личностью, на этом пространстве разворачиваются сложные процессы «психологической экологии». Поведение человека оценивается и с учетом социального пространства (толпа, микрогруппа, ближайшее окружение и т.д.), служащего источником возникновения «болезней общения», как совокупности биологических, социальных, культурных и эмоциональных факторов, оказывающих влияние на отношение индивида к окружающей среде. Одним из каналов преобразования невротической позиции пациента, достижения нового уровня социально-психологической адаптации может служить трансформация «внутренней картины болезни» во «внутреннюю картину здоровья».

Для современного этапа развития общества характерно ускоренное развитие темпов жизни во всех ее сферах — социально-экономической, научно-технической, культурной. Следствием многообразных влияний на организм человека является изменение потенциала здоровья населения, прежде всего психического. Научно-технический прогресс создал предпосылки для роста невротизации и личностных отклонений, ибо никакой «сумасшедший» ритм современности, никакая острота нервных переживаний не могут вызвать патологические состояния, если это именно ритм, если природы наибольшего напряжения чередуются с моментами покоя.

Ware J.E. (1987) дополняет составляющие здоровья по определению ВОЗ — физическую, душев-

Корреспонденцию адресовать:

Евдокимова Татьяна Егоровна, к.м.н., гл. врач
ГУЗ «Беловский психоневрологический диспансер»,
Кемеровская обл., г. Белово, 652600, ул. Чкалова, 16а
Тел.: раб. (384-52) 6-19-42; 8-906-986-65-66

ную и социальную — еще двумя «составляющими»: ролевой деятельностью (функционирование на работе и дома) и общим восприятием благополучия (оценка состояния и перспектив, болевых ощущений). Согласно Th. Abelin (1986), социальное здоровье, развитие и созидание духовного мира человека, его творческих возможностей, определяют два ключевых измерения здоровья — баланс и потенциал здоровья.

Здоровье населения страны составляет весомый фактор, предпосылку прогресса общества, наращивания трудовых ресурсов и производительности труда, важнейший показатель социального благополучия, являющийся составным компонентом «качества жизни».

Академик П.Л. Капица выдвинул три основных критерия качества жизни населения — долголетие, материальное благополучие, духовные и умственные способности.

Общественное психическое здоровье является важным показателем духовного развития общества. Состояние здоровья населения характеризуется спецификой демографических процессов (рождаемость, смертность), уровнем физического развития человека, заболеваемости.

Общественное здоровье человека — это оптимальное протекание всех процессов жизнедеятельности индивида в обществе, выражающееся через энергичное функционирование всей социальной системы и высокий тонус общественной жизни, через высокий уровень удовлетворенности человека различными аспектами своего бытия и социально-оптимистическое мировоззрение.

В условиях урбанизации, повышения ритма жизни, информационных перегрузок, автоматизации и механизации производства претерпевает изменения социально-биологический стереотип реагирования на микросоциальные конфликтные ситуации, повышаются требования к большей подвижности и напряженности психических процессов и эмоций. Быстрая смена производственно-бытовых условий и усложнение интерперсональных контактов определяют высокую нагрузку на приспособительные механизмы человеческого организма: биологический базис как бы вступает в противоречие с социальными качествами личности.

При изучении важнейших аспектов охраны психического здоровья, предупреждения его возможного «полома», необходимо с диалектических позиций оценивать влияние научно-технического прогресса. С одной стороны, речь идет о расширяющихся возможностях управления индивидуальным и общественным здоровьем, с другой — о его негативных эффектах, существенно влияющих на показатели здоровья.

Здоровье человека является важнейшей «составляющей» национального состояния и богатства, необходимой предпосылкой повышения производительных сил страны и неуклонного процветания нации. Патогенные и саногенные факторы, определяющие уровень здоровья (в первую очередь психического), носят разноплановый, межведомственный характер, в силу чего ответственность за индивидуальное и об-

щественное здоровье возлагается на государственные органы законодательной, исполнительной, судебной и муниципальной власти, а в компетенцию медицинской науки и практики входят мониторинг здоровья населения, анализ зависимости его от природно-средовых и социальных условий существования, образа жизни, характеристики техногенной среды, а также ответственность за качество оказываемой медико-профилактической помощи и состояние санитарно-эпидемиологического обслуживания.

Базой адаптации человека является реактивность, понимаемая как способность организма отвечать изменениям жизнедеятельности на воздействия окружающей среды. Критерий адаптивности является наиболее универсальным, определяющим, в известной степени, психическую норму как способность к полноценной социально-психологической адаптации, то есть возможность приспособления к требованиям окружающей социальной среды. При отсутствии физиологических и биологических мер защиты создаются предпосылки формирования адаптационной патологии, по выражению английского физиолога Дж. Баркрофта, «предполагать высокое интеллектуальное развитие в среде, свойства которой не стабилизированы — это значит искать музыку в треске плохой радиопередачи».

Усиление процессов загрязнения окружающей среды непосредственным образом связано с растущей индустриализацией и урбанизацией территориально-промышленных комплексов Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера. Систематическое превышение в человеческой популяции допустимых антропогенных нарушений привело к существенному напряжению эндогенной и экзогенной экологической обстановки. Скорость технологического преобразования общества в значительной степени превышает адаптационные возможности конкретного индивида, что чревато затратами здоровья, болезненной ломкой физиологических и биологических механизмов приспособления.

Масштабы неблагоприятного воздействия современного производства на окружающую среду достигли в настоящее время катастрофических размеров: свыше 300 ареалов страны отличаются сложной экологической обстановкой, увеличивающей перенапряжение и даже полом адаптационных свойств организма. Результатом таких экологических воздействий являются напряжение демографических процессов, увеличение интенсивности миграции, деформация структуры семьи.

По мнению Ю.П. Гычева (1995), состояние здоровья есть важнейший индикатор экологического риска индустриальных регионов, его оценка, прогноз тенденций изменения здоровья должны стать непременным условием в процессе разработки проблем первичного предупреждения и коррекции патологических процессов человека и его потомства.

Социально-экономические и климатогеографические условия восточного региона России являются существенными факторами, влияющими на показатели психического здоровья и психической патоло-

гии. Промышленное освоение обширнейших сибирских и дальневосточных территорий сопряжено с необходимостью трудовой деятельности в субэкстремальных и экстремальных природных условиях. Различные экзогенные вредности малой и средней интенсивности ведут к дестабилизации функционирования человеческого организма, которое проявляется на донозологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации — дезадаптации.

В рамках промышленной психиатрии получены данные по оценке психического здоровья рабочих различных отраслей промышленности — лесной, химико-фармацевтической и др. Неконтролируемое химическое освоение топливно-энергетических богатств Севера приводит к существенному разрушению экосистем, формированию кризисной экологической ситуации.

Угольная промышленность занимает первое место в России по профессиональной заболеваемости, показатели которой превышают средний уровень по стране в 7 раз и более; причем в последние годы отмечается ее постоянный рост.

Основными вредными факторами производственной среды, определяющими формирование профессиональной заболеваемости в угольной промышленности, являются пыль различного состава, шум, вибрация и неблагоприятный микроклимат. Высокие концентрации пыли и длительный контакт с ними приводят к развитию наиболее тяжелых профессиональных заболеваний (пневмокониозы, пылевой бронхит) с высокой инвалидизацией и преждевременной смертью работающих. Они составляют около 35 % от всех вновь выявляемых профессиональных заболеваний в угольной промышленности. Воздействие высоких уровней шума приводит к развитию профессиональной тугоухости, которая составляет 10 %, а также к развитию шумовой болезни. Высокие уровни вибрации, передающиеся на человека, приводят к возникновению вибрационной болезни — тяжело-го, профессионального заболевания, величина которого составляет примерно 30 %.

Воздействие неблагоприятного микроклимата, как охлаждающего, так и нагревающего, оказывает вредное влияние на организм, способствуя ухудшению самочувствия, понижению работоспособности и на-

рушению здоровья. Неблагоприятный микроклимат усугубляет действие других неблагоприятных производственных факторов и физического перенапряжения.

Условия труда работающих в угольной промышленности характеризуются частым превышением климатических нормативов вредных производственных факторов в рабочей зоне. Непрерывная интенсификация технологических процессов, применение мощной горной техники обуславливают большие валовые выделения мельчайших частиц горных пород и угля в воздух рабочей зоны, сопровождаются интенсивным шумом, генерируют вибрации, осложняют микроклимат.

Даже весьма эффективные комплексы инженерных средств борьбы с вредными факторами далеко не всегда обеспечивают снижение их уровней до допустимых величин, и они превышаются в десятки, а иногда и в сотни (пыль) раз. Особой тяжестью и напряженностью отличаются условия труда шахтеров при выполнении подземных горных работ, где действие на организме больших концентраций пыли, высоких уровней шума и вибрации усугубляются психоэмоциональными нагрузками, отсутствием естественного освещения, неблагоприятным микроклиматом, ограниченностью пространства при выполнении рабочих операций (вынужденные позы), наличием взрывных и суфлярных газов. Все это приводит к нарушениям состояния здоровья и развитию профессиональных заболеваний.

Комплексное воздействие неблагоприятных факторов производства ведет к перенапряжению компенсаторных механизмов и срыву психической адаптации. Результатом подобных «срывов» являются пограничные психические расстройства и их «предболезненные» проявления, за которыми прочно укоренился термин «болезней цивилизации».

Все вышеизложенное имеет непосредственное отношение к данной теме, так как условия труда работников угледобывающей промышленности являются экстремальными, связаны с постоянным негативным воздействием психогенных, физических и химических факторов, что в условиях социально-экономической нестабильности, перехода к рыночным отношениям заметно снижает возможности их полноценной психической и социально-трудовой адаптации.



В.И. Подолужный, И.Н. Зайков, Р.С. Аринчев, В.В. Володин, С.С. Соловенко
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра госпитальной хирургии,
г. Кемерово*

ИСТОРИЯ КЛИНИКО- ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ И СИНТЕТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ КЛЕЕВ

В обзоре отражены итоги внедрения в клиническую практику медицинских клеев, дана сравнительная оценка достоинств и недостатков биологических и синтетических медицинских клеев

Ключевые слова: медицинские клеи, хирургия.

V.I. Podoluzhnyi, I.N. Zaykov, R.S. Arinichev, V.V. Volodin, S.S. Solovenko
**THE HISTORY OF CLINICALLY-EXPERIMENTAL APPLICATION OF BIOLOGICAL
AND SYNTHETICAL MEDICAL GLUES**

In the review the results of clinically-experimental researches of synthetical and biological medical glues application in abdominal, thoracic and vascular surgery, urology, traumatology and neurosurgery.

Key words: medical glues, surgery.

В течение последних нескольких десятилетий ведутся поиски эффективной клеевой герметизации швов на трубчатых и полых структурах желудочно-кишечного тракта. Идея покрывать небольшие раны ксилолидином, изготовленным из целлюлозы, принадлежит аптекарю Наполеона. Еще в 19 веке он использовал клеевую пленку для защиты поверхностных порезов и мелких ран.

Последние годы клеевые герметики применяются в хирургии довольно широко. Они могут в считанные минуты склеивать и покрывать ткани безболезненно для пациента, с последующим рассасыванием. Хирургические клеи, в отличие от пластыря, можно наносить на участки с волосатым покровом. Они способны останавливать капиллярное кровотечение без образования обширных зон краевого некроза, в отличие от современных коагуляторов.

В медицине используют биологические и синтетические клеи. Основные требования, предъявляемые

к ним — хорошая адгезия (сцепление между приведенными в соприкосновение тканями и материалами), отсутствие местного и общего токсического и аллергического действия.

Клеевые композиции не должны обладать бластоматозным действием и препятствовать формированию соединительно-тканного рубца и регенерации тканей, а продукты биодеградации должны выводиться из организма [6]. Наряду с этим, хирургические клеи должны обладать гидрофильностью, бактерицидными и пневмо-холе-гемостатическими свойствами, простотой использования и изготовления, доступностью. Клеи должны сохранять все свои свойства при стерилизации и хранении.

Из природных материалов получают биологические клеи. К ним относятся лиофилизированная плазма и фибриновый клей. Лيوфилизированная плазма была использована в офтальмологии для фиксации трансплантатов при послойной пересадке роговицы [2]. С 70-х годов прошлого века в хирургическую практику начали внедрять биоинертные многокомпонентные фибриновые клеи [17]. Однако, технологическая сложность получения клея, его дороговизна и неуверенность в достаточных адгезивных свойствах явились основными причинами его редкого использования в хирургической практике. Вместе с этим, фибрин-коллагеновые субстанции используются в хирургии с гемостатической и пластической

Корреспонденцию адресовать:

Подолужный Валерий Иванович, д.м.н., проф.,
зав. кафедрой госпитальной хирургии,
проректор по научной и лечебной работе,
ГОУ ВПО «КемГМА»
г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а
Тел.: раб. (3842) 25-48-45, 73-32-39;
дом. (3842) 36-51-26

целью [8]. Биополимер «ТахоКомб» повышает герметичность швов желудочно-кишечного тракта и внепеченочных желчных путей [16]. В целом, биологические клеи значительно уступают синтетическим при оценке склеивающих способностей на разрыв.

Существует несколько видов синтетических клеевых композиций. Широко экспериментально-клиническую апробацию прошли цианокрилатные клеи М-1, М-3, МК-2, МК-6, МК-7, МК-14и. Они использовались в абдоминальной хирургии [3, 18, 19], грудной хирургии [4, 14], сердечно-сосудистой хирургии [1, 15, 19], нейрохирургии [5, 21]. Была доказана принципиальная возможность успешного использования цианокрилатных клеев в различных сферах хирургии. Вместе с тем, наряду с достоинствами, были выявлены недостатки — резкое снижение склеивающих способностей в условиях избытка влаги, недостаточная эластичность полимерной пленки, гистотоксичность отдельных видов адгезивов, которые потребовали продолжения работ по совершенствованию синтетических клеевых композиций [6].

Менее известным синтетическим медицинским клеем является система ЖРФ (желатино-резорцин-формальдегидная композиция). В работах Braunwald N.S. et al. [20] и Tatoes C.J., Braunwald N.S. [26] показано, что клей надежно соединяет ткани в условиях влажной среды, оказывает меньшее гистотоксическое воздействие, быстро рассасывается. Вместе с тем, отмечено раздражающее действие формальдегида на ткани [27]. Ингредиенты надо смешивать и нагревать [22], что создает значительные неудобства во время работы.

Эпоксидные клеи хорошо клеят костную ткань, но не пригодны для соединения мягких тканей, так как наличие даже минимального количества влаги препятствует их полимеризации [7, 24].

Стойкое соединение материалов в воде обеспечивают полиуретановые клеи (КЛ-1, КЛ-2, КЛ-3 и др.). Клей не оказывает общего и местного токсического действия, обеспечивает хорошую адгезию к тканям, однако длительное время полимеризации (более 10 минут) является неудобным для работы хирурга [23, 28].

Одним из последних был получен синтетический клей нового поколения на основе акриловых латексов — латексный тканевой клей (ЛТК). Он характеризуется высокой гидрофильностью, адгезивностью, гемостатическим эффектом, устойчивостью к

инфекции и быстротой (2-4 минуты) полимеризацией пленки [10].

ЛТК успешно апробирован в экспериментально-клинической хирургии [10, 11, 12, 13]. Попов В.А. с соавт. установили биосовместимость и нетоксичность латексного тканевого клея. А в эксперименте на собаках они обнаружили, что, в сравнении с традиционными способами ушивания органов желудочно-кишечного тракта и использованием цианокрилатного клея МК-6, частота несостоятельности швов при их герметизации латексным клеем в несколько раз реже.

Ханевич М.А. с соавт. [13] установили, что применение латексного тканевого клея для укрепления швов, наложенных на органы пищеводно-желудочно-кишечного тракта, может быть вполне эффективным способом профилактики их несостоятельности. Авторы отметили, что сама манипуляция формирования клеевой композиции достаточно проста, доступна и непродолжительна. Они использовали нанесение латексного тканевого клея на линию швов при хирургических вмешательствах на органах пищеводно-желудочно-кишечного тракта в 49 случаях, в том числе у 25 пациентов со злокачественными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Во всех случаях продолжительность хирургического вмешательства не выходила за рамки стандартного времени. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ни в одном случае не зафиксировано несостоятельности швов, в то время как в контрольной группе больных без использования клея получено 3,5 % несостоятельности анастомозов.

Представляется перспективным использование латексного тканевого клея для укрепления швов на трубчатых и полых структурах пищеводно-желудочно-кишечного тракта, особенно при выполнении операций в условиях воспалительно-гнояных осложнений, на фоне гипопротениемии и массивной кровопотери. Клеевые герметики могут скреплять ткани за считанные минуты, при этом они резорбируются биологической тканью и обладают гемостатическим действием при капиллярном кровотечении. Использование же традиционного термического прижигания краев раны сопровождается значительным некрозом тканей и требует дорогостоящего оборудования. ЛТК может быть использован и при создании комбинированных протезов для герниологии и фиксации протеза к брюшной стенке.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Габескирия, Р.Я. Шовно-клеевой метод соединения тканей в хирургии сосудов /Р.Я. Габескирия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1970. — 19 с.
2. Гольдфельд, Н.Г. Послойная пересадка обезвоженной роговицы с укреплением трансплантата клеем /Н.Г. Гольдфельд. — М.: Медицина. — 1976. — С. 119.
3. Захаров, А.Е. Применение клея МК-2 при комбинированных резекциях желудка /А.Е. Захаров, С.И. Маслов, Г.С. Расцетов //Труды Крымского мед. ин-та. — 1971. — С. 37-41.
4. Коробков, Е.С. Первый опыт применения клея «циакрин» при операциях резекции легких при туберкулезе /Е.С. Коробков, В.Т. Комисаренко //Воен.-мед. журнал. — 1966. — № 12. — С. 30-32.

5. Лившиц, Л.Я. О применении синтетических клеящих веществ в нейрохирургической практике /Л.Я. Лившиц, П.Н. Бочкарев., В.Н. Зотов //Вопросы нейрохирургии. – 1972. – № 2. – С. 54-56.
6. Липатова, Т.Э. Медицинские клеи /Т.Э. Липатова, Г.А. Пхакадзе. – Киев, 1979. – 44 с.
7. Остеосинтез адгезивами из эпоксидных смол и полиуретанов /Г.В. Головин, С.С. Ткаченко, В.В. Рущкий с соавт. //Вестник хирургии им. Н.И. Грекова. – 1970. – № 8. – С. 132-137.
8. Перспективы использования клеевых субстанций в лапароскопической хирургии /Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, А.Г. Кригер и др. //Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 6. – С. 4-8.
9. Погодина, А.Н. Применение медицинского клея в неотложной хирургии и эндоскопии /А.Н. Погодина, Ю.В. Синев, С.В. Волков //Вестник хирургии. – 1987. – № 9. – С. 36-40.
10. Попов, В.А. Латексный клей и его применение в хирургии /В.А. Попов, Е.А. Пышков //Полимеры и Медицина. – 2006. – № 2(11). – С. 25-26.
11. Попов, В.А. Применение однорядных серозно-мышечно-подслизистых швов, укрепленных тканевым клеем, при операциях на ЖКТ /В.А. Попов, Е.А. Пышков //Тез. докл. конф. ВНОКС. – СПб.: ВМА, 2003. – С. 102-103.
12. Попов, В.А. Профилактика несостоятельности кишечных швов /В.А. Попов, Е.А. Пышков //Сб. ст. науч. конф., посв. 75-летию И.Д. Кирпатовского. – М., 2002. – С. 43-44.
13. Применение латексного тканевого клея при операциях на пищеводе и ЖКТ /М.А. Ханевич, С.М. Вашкуров, А.В. Анисимова и др. //Terra Medica. – 2006. – № 4. – С. 55-57.
14. Применение цианокрилатного клея в легочной хирургии /Н.И. Герасименко, М.М. Авербах, А.М. Полякова и др. //Клиническая хирургия. – 1968. – № 1. – С. 79-80.
15. Применение цианокрилатного клея МК-6 в клинике сосудистой хирургии /А.А. Шалимов, В.Г. Туликин, Н.И. Сухарев и др. //Хирургия. – 1975. – № 8. – С. 44-47.
16. Техника эндоскопической аппликации биополимера ТахоКомб /В.А. Горский, Б.К. Шуркалин, А.Г. Кригер и др. //Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9, № 1. – С. 164-171.
17. Трушкин, М.А. Применение биологического клея для соединения панкреато-дигестивных анастомозов /М.А. Трушкин //Казанский мед. журнал. – 1973. – № 3 – С. 22-24.
18. Халькин, А.И. Применение отечественных цианокрилатных клеев при неотложных операциях на печени. Экспериментальное исследование /А.И. Халькин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1971. – 15 с.
19. Цианокрилатный клей в хирургии желчных путей /Г.Е. Островерхов, В.В. Виноградов, Ю.А. Голушко и др. //Хирургия. – 1969. – № 8. – С. 78-82.
20. Braunwald, N.S. Evaluation of crosslinking gelatin as a tissue adhesive and hemostasis agent: an experimental study /N.S. Braunwald, W. Gray, C.J. Tatoes //Surgery. – 1966. – V. 59, N 6. – P. 1024-1030.
21. Cerny, E. Stopping cerebrospinal fluidorrhagia from the sphenad sinus /E. Cerny, M. Metelka //Plzen. Lek. Sborn. – 1967. – S. 19. – P. 181-182.
22. Compaxative study of cyanoacrylate and cross-linked gelatin compound of hemostasis anticoagulated wound /T. Matsumoto, K.C. Pani, C. Heisterkamp et al. //Mililit. Med. – 1969. – V. 134, N 2. – P. 98-103.
23. Grode, G.A. Adhesives to glue living tissues /G.A. Grode, C.W. Cooper, P. Falb //New scientist. – 1967. – V. 36, N 569. – P. 27.
24. Lidazik, M. Rothvetull Epoxidove Prysyrice-SNTi, 11 vidani /Lidazik M., Kincl J. – Praha, 1961. – S. 289.
25. Matsumoto, T. Use of tissue adhesives for arterial anastomoses /T. Matsumoto, K.S. Pani, H. Hamit //Areh. Surg. – 1969. – N 3. – P. 405-407.
26. Tatoes, C.J. The use of crosslinked gelatin as a tissue adhesive to control hemorrhage from liver and kidney /C.J. Tatoes, N.S. Braunwald //Surgery. – 1966. – V. 60, N 4. – P. 857-861.
27. Wenning, J. Vergleichende Untersuchungen mtt verschiedenen Gewebekleben an Hant, Zerber und Milz in Tierexperiment. 11. Teil /J. Wenning, G. Geissler //Polimery w medycynie. – 1973. – V. 3, N 1. – P. 73-84.
28. Zievellyne-Thomas, F. Adhesion of cynthetik organic polymer to soft tissue /F. Zievellyne-Thomas, J.S. Wang, P.Y. Cannon //J. Biomed. Mat. Res. – 1974. – V. 8, N 1. – P. 35-43.



Т.Н. Вахрамеева, Т.Ю. Бедарева

Кемеровская государственная медицинская академия,
 ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
 МУЗ Детская клиническая больница № 7,
 г. Кемерово

ДЕФЕНЗИНЫ КАК МАРКЕР СИСТЕМНОЙ АКТИВАЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ КЛЕЩЕВЫХ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ

Определение дефензинов осуществлялось методом иммуноферментного анализа. Содержание дефензинов коррелировало с тяжестью течения заболевания. Концентрация дефензинов была выше в ликворе при менингитах, что подтверждает преимущественное накопление дефензинов в месте максимального развития воспаления. Анализ биоцидности нейтрофилов при менингеальных формах микст-инфекции и моно-инфекций показал максимальную функциональную активность клеток в остром периоде микст-инфекции, что коррелировало закономерно с максимальными значениями концентрации дефензинов при микст-инфекции в отличие от ИКБ и КЭ.

Ключевые слова: дефензины, воспаление, лейкоциты.

T.N. Vachrameeva, T.Yu. Bedareva

DEFENZYNES AS A MARKER OF NEUTROPHILS SISTEM ACTIVATIONS
 TICK-BORNE INFECTIONS

The levels of defenzynes were determined by enzyme immunoassay. Their levels well correlated with the severity of the disease. The concentration of defenzynes was higher in the spinal fluid in meningitis and in the suggests that defenzynes predominantly accumulate at the site of maximum inflammation. The analysis of the neutrophils microbicidal activity in meningeal forms of a mixed-infections and mono-infections showed a maximal values of the defenzines concentration in the mixed infection in contrast to ixodic tick-borne borreliosis and tick-borne encephalitis.

Key words: defensins, inflammation, leucocyte.

В настоящее время существенно пересмотрен вопрос о значении роли нейтрофилов в противовирусной защите. Нейтрофилы обладают защитным потенциалом. Одним из таких защитных факторов являются и дефензины, которые быстро высвобождаются при активации нейтрофилов [1].

Наряду с этой активностью, дефензины могут проявлять функциональные свойства, важные в реализации защитно-приспособительных реакций организма при инфекции. Дефензины рассматривают в качестве соединений, опсонизирующих микроорганизмы при фагоцитозе и воспалении.

Корреспонденцию адресовать:

Вахрамеева Татьяна Николаевна, врач-невролог,
 МУЗ детская клиническая больница № 7
 Тел.: раб. (3842) 31-74-24, дом. (3842) 37-87-37

Дефензины обладают противовирусной активностью и являются мощными хемоаттрактантами для моноцитов. При стимуляции нейтрофилов дефензины выделяются во внеклеточное пространство и накапливаются в биологических жидкостях организма. Поэтому эти катионные белки способны оказывать не только защитное, но и повреждающее действие на организм хозяина, обладая цитотоксической активностью [2, 3].

Известна и их провоспалительная способность в повышении проницаемости сосудов микроциркуляторного русла как непосредственно, так и путем дегрануляции тучных клеток, и, следовательно, способствовать на течение фагоцитарного и воспалительного процессов, выступая в роли регуляторных молекул [4, 5, 6, 7].

Целью настоящего исследования было определение содержания дефензинов в крови и оценка воз-

возможности их использования в качестве критерия системного воспалительного ответа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Содержание дефензинов в плазме крови определяли с помощью иммуноферментного анализа. Контролем служил HNP-1 (human neutrophil peptide-1). Плазму получали путем центрифугирования при 3000 об/мин крови, взятой с консервантом (3,8 % цитрат натрия) в соотношении 9 : 1. Замороженные образцы плазмы до исследования хранили при температуре -20°C .

Для определения цитохимических показателей функциональной активности лейкоцитов периферической крови использовался спонтанный НСТ-тест. Реакция основана на восстановлении нитросинего тетразолия до диформаза. Результат выражался в процентах диформаза-позитивных клеток на 100 нейтрофилов. Для определения функционального резерва нейтрофилов проводился индуцированный НСТ-тест с использованием в качестве индуктора 0,1 % раствора зимозана.

Индекс стимуляции рассчитывался отношением показателей иНСТ и сНСТ-тестов. НСТ-тест определяет итоговую реакцию одной из ключевых ферментативных систем, ответственных за цитотоксический потенциал лейкоцитов, за счет вырабатываемых ими активных форм кислорода, а их дополнительная стимуляция выявляет функциональные резервы биоцидности клеток. Поэтому результаты, получаемые при постановке НСТ-теста, достоверно отражают не только сам процесс повреждения, но и динамику его развития, и исход [8, 9].

Проведен анализ 52 клинических случаев клещевых инфекций, обследованных и получивших лечение в клинике неврологии КемГМА. Среди обследованных больных КЭ диагностирован в 19 случаях (37 %), ИКБ – в 7 (14 %), ГАЧ – в 2 (4 %), микст-инфекция КЭ и ИКБ – в 20 (45 %), ИКБ и ГАЧ – в 1 (2 %).

Лихорадочные формы клещевых инфекций составили 34 случая (65 %), менингеальные – 15 (29 %), менингоэнцефалитические – 3 (6 %).

Этиология инфекций подтверждена иммунологическими методами. Определение специфических антител (IgG, IgM) к возбудителю ИКБ в парных сыворотках крови проводили методом ИФА (ELISA) при помощи стандартных диагностических наборов. Антитела к вирусу КЭ определяли в реакции торможения геммагглютинации с антигеном вируса по общепринятой методике. Специфические антитела (IgG, IgM) к МЭЧ и ГАЧ в парных сыворотках крови у всех больных определяли методом ИФА с использованием рекомбинантных тест-систем.

Всем больным проведены общие клинические, биохимические и нейрофизиологические исследования в динамике заболевания.

Статистическая обработка клинического материала и полученных в ходе исследования данных про-

водилась на ПК в операционной среде Windows-XP с использованием программ Excel, Origin. Методом корреляционно анализа определяли сопряженность между разнородными признаками (коэффициент ассоциации r). При математической обработке использовали t -критерий, среднее арифметическое (\bar{x}), стандартное отклонение (S_x), коэффициент вариации (CV), ошибку (S_x) средней арифметической и коэффициент точности (CS).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ показателей количества дефензинов и их динамики при соответствующих клинических формах КЭ и ИКБ выявил закономерно максимальные значения при микст-инфекциях в отличие от ИКБ и КЭ. Так, при лихорадочной форме КЭ в остром периоде показатели дефензинов составляли $84 \pm 18,5$, что значительно меньше в сравнении с микст-инфекциями и ИКБ ($p < 0,05$). В период регресса общеинфекционных проявлений количество дефензинов при лихорадочной форме КЭ значительно снижалось ($65 \pm 12,3$), достигая практически нормальных показателей.

При ИКБ в стадии ранней диссеминации в разгар клинических проявлений уровень дефензинов был выше, чем при лихорадочной форме КЭ, составляя в среднем $115 \pm 17,4$ ($p < 0,05$), и несколько ниже, чем при микст-инфекциях – $124 \pm 9,8$. В период регресса общеинфекционного синдрома данный показатель снижался, не достигая нормальных значений, и составлял $82 \pm 7,3$ при ИКБ, что также сопоставимо с данным показателем при микст-инфекциях – $87 \pm 8,7$, и несколько выше, чем при КЭ.

В динамике заболевания уровень дефензинов имел четкую тенденцию к восстановлению и соответствовал клинической выраженности общеинфекционного синдрома в определенные периоды инфекционного процесса. При микст-инфекциях отмечался закономерно более высокий уровень дефензинов в сравнении с моно-инфекциями.

Сравнительный анализ показателей НСТ-теста и их динамики при соответствующих клинических формах КЭ и ИКБ выявил закономерно максимальную мобилизацию биоцидного потенциала при микст-инфекциях в отличие от моно-инфекций. Так, при лихорадочной форме КЭ в остром периоде с-НСТ-тест составлял $5,7 \pm 0,3$ %, что значительно меньше в сравнении с микст-инфекциями ($p < 0,05$). И-НСТ был несколько ниже, чем при микст-инфекциях, составляя в среднем $35,2 \pm 2,6$ % ($p > 0,05$), а индекс стимуляции существенно превышал данный показатель при микст-инфекциях, составляя $6,1 \pm 0,42$ ($p < 0,05$). В период регресса общеинфекционных проявлений с-НСТ-тест при лихорадочной форме КЭ значительно снижался ($5,4 \pm 0,2$ %), не отличаясь от нормы, а и-НСТ-тест повышался до $39,6 \pm 2,6$ %.

Резерв биоцидности нейтрофильных гранулоцитов существенно повышался в динамике, что прояв-

лялось ростом индекса стимуляции до $7,78 \pm 0,45$ ($p < 0,05$). При ИКБ в стадии ранней диссеминации в разгар клинических проявлений с-НСТ-тест был выше, чем при лихорадочной форме КЭ, составляя в среднем $7,3 \pm 0,9$ % ($p < 0,05$), но несколько ниже, чем при микст-инфекциях ($p > 0,05$). В период регресса общеинфекционного синдрома данный показатель приближался к нормальным значениям ($6,05 \pm 0,32$). Показатели и-НСТ существенно не отличались от таковых при лихорадочной форме КЭ в соответствующие периоды, но были несколько ниже, чем при микст-инфекциях, составляя в среднем $37,2 \pm 2,6$ % в первые дни и $42,3 \pm 2,4$ % в период ранней реконвалесценции.

Индекс стимуляции в остром периоде составлял $6,7 \pm 0,42$, что значительно больше в сравнении с микст-инфекциями ($p < 0,01$) и сопоставимо с данным показателем при лихорадочной форме КЭ. В период регресса общеинфекционных проявлений индекс стимуляции при ИКБ повышался до $7,9 \pm 0,59$, что также сопоставимо с данным показателем при КЭ и выше, чем при микст-инфекциях ($p < 0,05$) [10].

Сравнительный анализ показателей количества дефензинов и их динамики при менингеальной форме КЭ и ИКБ выявил закономерно максимальные значения при микст-инфекциях, в отличие от ИКБ и КЭ. Так, при менингеальной форме КЭ в остром периоде показатели дефензинов составляли $80 \pm 8,5$, что значительно меньше, чем при микст-инфекциях ($110 \pm 6,3$), и несколько выше, чем при ИКБ в стадии ранней диссеминации в разгар клинических проявлений ($65 \pm 9,3$).

В период регресса общеинфекционных проявлений количество дефензинов при менингеальной форме КЭ значительно снижалось до $62 \pm 8,3$, достигая практически нормальных показателей. При микст-инфекциях уровень дефензинов был выше, чем при менингеальной форме КЭ, и составлял в среднем $90 \pm 7,4$ ($p < 0,05$), значительно превышая таковые значения при ИКБ — $50 \pm 6,8$ ($p < 0,05$), колебания которых граничили с нормальными показателями уровня дефензинов.

Отмечено что развивающиеся воспалительные изменения в ликворе коррелируют с ростом уровня дефензинов, а длительно сохраняющееся повышение свидетельствует о затяжном течении менингита, что хорошо характеризует продолжающийся воспалительный процесс и может способствовать объективизации тяжести течения инфекции, несмотря на регресс общеинфекционных и менингеальных симптомов и нормализацию лейкоцитарной формулы.

При анализе клинических проявлений менингеальной формы отмечено значительное возрастание биоцидности нейтрофильных гранулоцитов при микст-инфекциях, что проявлялось увеличением показателей с-НСТ-теста до $13,8 \pm 0,9$ %, что в 1,7 раз больше, чем при лихорадочной форме. Выраженное увеличение биоцидности нейтрофилов в остром периоде менингеальной формы микст-инфекций коррелировало со среднемаксимальной температурой тела ($r =$

$0,67$; $p < 0,05$) и воспалительными изменениями СМЖ ($r = 0,5$; $p < 0,05$). Индуцированный НСТ-тест возрастал до $48,8 \pm 2,7$ % ($p < 0,05$) в сравнении с лихорадочной формой, однако индекс стимуляции при этом значительно снижался (до $3,18 \pm 0,36$), что в 1,5 раз ниже, чем при лихорадочной форме ($p < 0,01$).

При повторном исследовании, которое проводилось при купированном общеинфекционном синдроме и в условиях нормального состава СМЖ, в большинстве случаев с-НСТ-тест снижался до $10,8 \pm 0,5$ % ($p < 0,05$), превышая данный показатель при лихорадочной форме в 1,76 раз. Индуцированный НСТ-тест при повторном исследовании возрастал незначительно — до $53,8 \pm 2,6$ %. Однако, существенное возрастание показателей индекса стимуляции до $5,8 \pm 0,34$, что в 1,8 раз больше в сравнении с острым периодом, характеризовало закономерное повышение биоцидного потенциала нейтрофилов и соответствовало регрессу клинических симптомов. При этом индекс стимуляции не достигал значений, выявленных при лихорадочной форме.

Тенденция к максимальной мобилизации биоцидного потенциала отмечалась и при менингеальных формах моно-инфекций, но выраженность этих значений была меньше, чем при микст-инфекциях. Так, при менингеальной форме КЭ в остром периоде с-НСТ-тест был значительно ниже, чем при микст-инфекциях ($p < 0,01$), в динамике прослеживалась тенденция к нормализации данного показателя, который снижался до $8,0 \pm 0,8$ %. Индекс стимуляции в остром периоде был выше уровня, отмеченного при микст-инфекциях ($p < 0,05$), и возрастал в динамике до $6,4 \pm 0,62$, характеризуя восстановление биоцидного потенциала и соответствуя нормализации общего состояния, коррелируя при этом с регрессом воспалительных изменений СМЖ ($r = 0,6$; $p < 0,05$).

При ИКБ с-НСТ-тест повышался до $7,7 \pm 0,8$ %, что в 1,8 раз меньше, чем при микст-инфекциях ($p < 0,01$), и снижался в динамике заболевания. Индекс стимуляции составлял $5,9 \pm 0,4$ и впоследствии повышался до $7,04 \pm 0,37$. Данный показатель, как в остром периоде, так и в период ранней реконвалесценции, превышал таковой при менингеальной форме микст-инфекций и КЭ, что свидетельствует о наименее выраженной кислородзависимой биоцидности нейтрофильных гранулоцитов и максимальной сохранности биоцидного потенциала при ИКБ.

Анализ биоцидности нейтрофилов при менингеальных формах микст-инфекций и моно-инфекций показал максимальную функциональную активность клеток в остром периоде микст-инфекций. При моно-инфекциях биоцидная активность нейтрофильных гранулоцитов менее выражена, а ее резервы существенно не отличались от нормы [9, 10].

При менингоэнцефалитической форме течения инфекции отмечались и наибольшие темпы нарастания концентрации дефензинов, в отличие от лихорадочных и менингеальных форм. Анализ показателей количества дефензинов и их динамика при соответствующих клинических формах КЭ и микст-инфек-

ции выявил закономерно максимальные значения при микст-инфекции в отличие от КЭ.

Показатели с-НСТ-теста при менингоэнцефалите смешанной этиологии варьировали от 2,6 % до 12,7 %, что меньше, чем при менингите. Отмечались низкие показатели и-НСТ-теста – $28 \pm 2,6$ %, что в 1,7 раз ниже в сравнении с менингитом ($p < 0,01$). Индекс стимуляции снижался до $2,1 \pm 0,2$, что в 2,7 раза ниже в сравнении с менингеальной формой и в 3,1 раза ниже в сравнении с лихорадочной формой. Снижение показателей индекса стимуляции в сочетании с нарастанием значений с-НСТ-теста в динамике соответствовало неблагоприятному течению болезни. Угнетение биоцидной активности нейтрофилов при менингоэнцефалите в сравнении с менингитом наблюдалось и при КЭ.

Показатель с-НСТ-теста в первые дни болезни составлял $6,9 \pm 1,2$ % ($p < 0,05$), но в динамике, в отличие от менингоэнцефалита при микст-инфекциях, несколько снижался, составляя в среднем $6,2 \pm 0,3$ %. Индуцированная биоцидная активность клеток была сопоставима с данным показателем при микст-инфекциях, составляя $39,7 \pm 1,7$ % в остром периоде и $38,2 \pm 2,5$ % период регресса общеинфекционных проявлений, соответственно. Индекс стимуляции был существенно выше, чем при микст-инфекциях, и составлял $5,03 \pm 0,33$ ($p < 0,05$), но в последующем снижался до $4,48 \pm 0,58$, характеризуя тенденцию к истощению биоцидного потенциала нейтрофилов, но оставаясь в 2 раза выше, чем при микст-инфекциях. При менингоэнцефалитической форме КЭ, несмотря на тенденцию к угнетению биоцидности нейтрофилов, отмечен более высокий уровень биоцидного потенциала клеток, что характеризует относительную сохранность репаративных способностей организма и соответствует менее тяжелому течению болезни при КЭ в сравнении с микст-инфекциями.

ВЫВОДЫ:

В динамике заболевания уровень дефензинов имел четкую тенденцию к восстановлению и соответствовал клинической выраженности общеинфекционного синдрома в определенные периоды инфекционного процесса. При микст-инфекции отмечался закономерно более высокий уровень дефензинов в сравнении с моно-инфекциями. Выше изложенное позволяет рассматривать дефензины в качестве острофазных показателей воспаления, характеризующих степень участия нейтрофилов в этой реакции. Полученные данные свидетельствуют о том, что нейтрофилы участвуют в антимикробной защите не только в качестве фагоцитов, но и как клетки, продуцирующие биологически активные продукты с регуляторными свойствами.

Отмечено, что уровни концентрации дефензинов при менингеальной форме заболевания менее выражены, чем при лихорадочной, что обусловлено их накоплением в очаге преимущественного действия микроба. При этом воспалительные изменения в ликворе коррелировали с ростом уровня дефензинов, но длительно сохраняющееся повышение свидетельствовало о затяжном течении менингита, что характеризовало продолжавшийся воспалительный процесс, и может способствовать объективизации тяжести течения инфекции, несмотря на регресс общеинфекционных и менингеальных симптомов, а также нормализацию лейкоцитарной формулы.

Анализ биоцидности нейтрофилов при менингеальных формах микст-инфекции и моно-инфекций показал максимальную функциональную активность клеток в остром периоде микст-инфекции, что закономерно коррелировало с максимальными значениями концентрации дефензинов при микст-инфекции в отличие от ИКБ и КЭ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Долгушин, И.И. Роль нейтрофилов в регуляции антимикробной резистентности /И.И. Долгушин //Вестник РАМН. – 2002. – № 3. – С. 16-21.
2. Феномен внеклеточной бактерицидности нейтрофилов и механизмы защиты бактерий от действия лейкоцитарной эластазы /А.Л. Кравцов, Т.П. Шмельников, Е.Ю. Лоцманова и др. //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – № 1. – С. 49-52.
3. Катионные противомикробные пептиды как молекулярные факторы иммунитета: мультифункциональность /В.Н. Кокряков, Л.В. Ковальчук, Г.М. Алешина, О.В. Шамова //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2006. – № 2. – С. 98-105.
4. Кокряков, В.Н. Биология антибиотиков животного происхождения /В.Н. Кокряков. – СПб.: Наука, 1999.
5. Кудин, А.П. Содержание дефензинов у детей с генерализованными формами менингококковой инфекции /А.П. Кудин //Российский педиатрический журнал. – 2001. – № 5. – С. 9-11.
6. Ganz, T. Antimikrobial polipeptides. J. Leukoc /T. Ganz. //Biol. – 2004. – V. 75. – P. 34-38.
7. Yang, D. Multiple roles of antimikrobial defensins, cathelicidins, and eosinophil-derived neurotoxin in host defens /D. Yang, A. Biragyn, D.M. Hoover //Annu. Rev. Immunol. – 2004. – V. 22. – P. 170-175.
8. Маянский, А.Н. Способ оценки функциональной активности нейтрофилов человека по реакции восстановления нитросинего тетразолия: метод. реком. /А.Н. Маянский, М.Е. Викман. – Казань, 1979.

9. Попонникова, Т.В. Современные особенности клещевых микст-инфекций у детей /Т.В. Попонникова, О.С. Пиневиц //Сибирский консилиум. Медико-фармацевтический журнал. – 2006. – № 4. – С. 39-43.
10. Попонникова, Т.В. Изменения кислородзависимой биоцидности и морфологических особенностей лейкоцитов крови при микст-инфекции клещевого энцефалита и иксодового клещевого боррелиоза у детей /Т.В. Попонникова Т.В., Т.Н. Вахрамеева, Г.Ю. Галиева //Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 5-2008: Актуальные проблемы клещевых нейроинфекций. – С. 121-125.



АВСТРАЛИЙСКИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИ НАШЛИ НЕОЖИДАННЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ

Австралийские офтальмологи выявили неожиданные причины и факторы риска высокого внутриглазного давления – по словам медиков, глаукому может вызвать и сильное трение глаз, и сон лицом на подушке. Помимо этого, давление может увеличиваться, если стоять на голове при занятиях йогой, играть на трубе, плавать, заниматься тяжелой атлетикой или на тренажерах.

Врачи заметили, что одно прикосновение к векам в 3–5 раз повышает глазное давление. Даже простое удаление макияжа глаз при помощи ватного тампона увеличивает давление до очень опасного уровня, максимально повышая его в 10 раз.

Если часто совершать вышеперечисленные действия, существует опасность не только развития глаукому, но и другие серьезные глазные болезни, включая близорукость, кератоконус и слепоту, предупреждают окулисты Университета Нового Южного Уэльса. Особенно медики рекомендуют избегать сна лицом вниз и не надевать на ночь маску для глаз – это намного поможет замедлить прогрессирование давления и снизить чувствительность глаз. Кроме того, для глаз вредно чтение лежа и вытирание слез бумажными салфетками.

Источник: Ami-tass.ru

Н.Б. Юрмазов, Н.В. Малков, П.Н. Фиалко, Е.П. Хорошко

*Кемеровская государственная медицинская академия,**Кемеровская областная клиническая больница,**г. Кемерово*

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Представлен опыт диагностики опухолей слюнных желез под контролем ультразвукового аппарата. После определения положения ультразвукового датчика к пунктируемому объекту и поверхности тела проводили биопсию режущей иглой с использованием полуавтоматического инжектора без адаптера. Сочетание ультразвукового сканирования и тонкоигольной биопсии позволяет значительно повысить точность забора материала и является эффективной и малоинвазивной диагностической манипуляцией.

Ключевые слова: опухоль, слюнная железа, диагностика.

N.B. Yurmazov, N.V. Markov, P.N. Fialko, E.P. Horoshko

SELECTION OF OPTIMAL METHOD OF PRE-OPERATIVE DIAGNOSTIC OF SALIVARY GLAND TUMOR IN MAXILLARY-FACIAL SURGERY CLINIC

The experience of diagnostic of salivary glands under the control of ultrasound is submitted. After the determination of ultrasound gauge position to punctured objects and body surface the biopsy was done by the cutting needle and using the semi-automatic injector without the adapter. The combination of ultrasound screening and thinneedled biopsy allows to rise up the exactness of fence of the material and is effective and little-invasive diagnostic manipulation.

Key words: tumor, salivary gland, diagnostic.

Удельный вес новообразований слюнных желез, согласно данным литературы, составляет 1-2% от всех опухолей тела человека [1], которые представлены преимущественно доброкачественными новообразованиями. Данные опухоли характеризуются разнообразием гистологического строения, однотипностью клинических проявлений, что затрудняет их предоперационную диагностику и выбор дальнейшей тактики хирургического лечения. Широко применяемые методы обследования, такие как контрастная сиалография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, позволяют судить о локализации опухоли, ее распространенности, эхо-

структуре, но не позволяют даже отдаленно исследовать морфологическое строение новообразования и степень его зрелости.

Важно отметить, что дооперационная морфологическая диагностика опухолей слюнных желез имеет решающее значение в последующей тактике хирургического лечения, так как схожие клинические проявления и даже одинаковое макроскопическое строение могут наблюдаться у злокачественных и доброкачественных новообразований, а также опухолей, склонных к инвазивному росту. Опухоли, имеющие одинаковую клиническую картину, предполагают различную хирургическую тактику.

Клинически опухоли околоушной или поднижнечелюстной слюнных желез проявляются как объемные образования плотноэластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями и безболезненные при пальпации, кожа над ними не изменена. Подобные проявления наблюдаются у 64 % больных с первичными доброкачественными опухолевыми процессами и 77,8 % больных с первичными злокачес-

Корреспонденцию адресовать:

Юрмазов Николай Боевич, к.м.н., доцент,
зав. каф. хирургической стоматологии и ЧЛХ
ГОУ ВПО «КемГМА»

г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а

Тел.: раб. (3842) 52-12-66, 52-13-88;

дом. (3842) 58-49-41

твенными новообразованиями [2]. Кроме того, некоторые неопухолевые заболевания — хронический гиперпластический лимфаденит, туберкулез и кисты, расположенные глубоко в железе, имеют схожие клинические проявления.

Ультразвуковая диагностика опухолей слюнных желез является чувствительным методом даже при малом размере новообразования, позволяет четко определить его локализацию. Однако, несмотря на утверждения ряда авторов о том, что злокачественные опухоли слюнных желез имеют достаточно определенные эхографические признаки, они не являются строго специфичными. Доброкачественные и неопухолевые поражения слюнных желез очень часто имеют картину, типичную для злокачественных новообразований, и наоборот.

Эхоструктура новообразования в слюнной железе не может быть использована для разграничения гистологических вариантов опухоли. Большинство опухолей имеют изоэхогенную или неоднородную по сравнению с тканью железы структуру, и даже отсутствие четких ровных контуров образования не является несомненным критерием злокачественности опухоли.

Компьютерная томография не имеет существенных преимуществ по сравнению с обычным ультразвуковым исследованием, и выполняется при опухолях больших размеров, когда необходимо уточнить связь образования с окружающими структурами — костями черепа, боковой стенкой глотки, магистральными сосудами, что невозможно при обычном ультразвуковом исследовании, а также при рецидиве заболевания.

Однако, для злокачественной опухоли характерно наличие неровных, нечетких контуров опухолевого узла, периневральная инвазия. Для доброкачественной опухоли, напротив, характерно наличие гладких, ровных контуров, однако они могут встречаться и при злокачественных, особенно высококодифференцированных опухолях [2].

Контрастная сиалография применяется при патологии околоушных и подчелюстных слюнных желез. Оценка рентгенограммы производится по характеру наполнения протоков и рисунку тени паренхимы железы. По сиалограмме определяется степень заполнения протоков контрастной массой, устанавливается отношение протоков к мягким тканям и костям.

При доброкачественных опухолях структура протоков не изменяется, они отсвечиваются опухолью. Новообразование на снимке выявляется в виде дефекта наполнения протоков и ткани железы. При злокачественных опухолях чаще определяются дефекты наполнения протоков, образовавшиеся в результате разрушения тканей железы. Метод контрастной сиалографии в большинстве случаев позволяет судить не только о характере новообразования, но и о топографии опухоли.

Широкое распространение получила цитологическая диагностика, материалом для которого служат клетки, полученные во время пункции опухоли. Метод прост в выполнении и отличается малой инвазивностью. При добавлении цитохимических тестов

более чем в 80 % случаев удается дифференцировать опухолевые и неопухолевые процессы, доброкачественные и злокачественные новообразования, судить о тканевой принадлежности опухоли.

Важнейшим и обычно завершающим этапом в предоперационном распознавании опухолей является гистологическая диагностика. Материалом для исследования служат ткани, взятые непосредственно из патологического очага во время инцизионной биопсии. Данный метод дает наибольший процент достоверности, но имеет существенный недостаток, так как требует проведения иногда достаточно сложной операции, особенно если опухоль находится глубоко в тканях и имеет незначительные размеры. Имеется риск повредить ветви лицевого нерва, крупные сосуды и внутрижелезистые протоки.

В 1968 году Б.Г. Пятницкий предложил использовать сконструированный им специальный троакар для пункционной биопсии мягких тканей (авторское свидетельство № 249551), который до последнего времени применяется с целью предоперационной диагностики опухолей, в том числе слюнных желез [3]. С помощью данного троакара, путем введения его в опухоль, можно получить «столбик» патологически измененной ткани размером 0,3 × 12 мм, достаточный для приготовления 11 гистологических срезов. Недостатком метода было отсутствие визуального контроля за продвижением троакара, особенно в инфильтрированных анестетиком тканях при незначительных размерах опухоли. В то же время, метод отличается простотой выполнения, высокой информативностью (85 % достоверных результатов исследования), малой инвазивностью, и позволял выполнить манипуляцию в условиях хирургического кабинета стоматологической поликлиники.

Сотрудниками Иркутского медицинского университета [4] предложена пункционная игла для забора материала опухоли из слюнной железы, которая позволяет одновременно и прицельно получить материал для цитологического и патогистологического исследования. С помощью иглы можно получить «столбик» ткани размером 2 × 6 мм. Направление продвижения иглы выполняется под контролем аппарата для ультразвукового исследования.

В клинике челюстно-лицевой хирургии Кемеровской областной клинической больницы, в течение трех последних лет с целью дооперационной диагностики опухолей слюнных желез применяется тонкоигольная биопсия под ультразвуковым контролем.

Обследование проводили в амбулаторных условиях на базе отделения ультразвуковой диагностики. Применяли ультразвуковой аппарат «Aloka SSD-500», линейный датчик с частотой 7,5 мГц. После определения положения ультразвукового датчика к пунктируемому объекту и поверхности тела, выполняли инфильтрационную анестезию 0,5 % раствором лидокаина. Биопсию проводили режущей иглой № 18G, диаметром 1,2 мм с использованием полуавтоматического инжектора. Глубина погружения иглы составляла 10-15 мм. Биопсию выполняли без использования адаптера по принципу «свободной

руки». Вкол иглы делали под углом 50-60° к поверхности кожи. При прохождении иглы через мягкие ткани обращали внимание на прогибание пунктируемых тканей, смещение отдельных слоев тканей относительно друг друга, визуализацию кончика иглы при ее движении и в покое, и визуализацию акустической тени от кончика иглы.

При достижении иглой целевого пункта ткань опухоли забирали из центрального и периферического отделов, проводили 3-4 попытки для получения достаточного количества материала. Макроскопически биоптаты выглядели как столбики ткани 0,5-1,0 см длиной и 1,0 мм в диаметре, что было достаточно для приготовления полноценных гистологических срезов.

За 2005-2007 годы выполнено 42 биопсии у 33 женщин и 19 мужчин. Размер исследуемых новообразований колебался от 8 до 35 мм в диаметре. При патогистологическом исследовании биоптатов были получены следующие заключения: плеоморфная аденома — 37; хроническое неспецифическое воспаление лимфатического узла — 1; липома — 1; хронический сиалоаденит — 3.

Сроки обследования составили в среднем 7-10 дней. Ни в одном случае нами не зарегистрировано местных или общих осложнений.

Хирургическое лечение было проведено 34 больным. Результаты патогистологического исследования операционного материала совпали с полученными при биопсии результатами в 96 % случаев.

Таким образом, выбор оптимального метода дооперационной диагностики опухолей слюнных желез до настоящего времени не является до конца решенным вопросом, а многообразие предложенных методик позволяет использовать их в качестве метода выбора у каждого конкретного пациента.

Необходимо подчеркнуть, что сочетание ультразвукового сканирования и тонкоигольной биопсии позволяет значительно повысить точность забора материала для определения морфологической структуры опухоли, является эффективной и малоинвазивной диагностической манипуляцией, которую можно выполнять в амбулаторно-поликлинических условиях и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по хирургической стоматологии /под ред. А.И. Евдокимова. — М.: Медицина, 1972. — С. 226-303.
2. Болотин, М.В. Опухоли слюнных желез у детей (клиника, диагностика и лечение) /М.В. Болотин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 25 с.
3. Пятницкий, Б.Г. Пункционная биопсия и ее диагностическое значение при заболеваниях лица, челюстей и органов полости рта /Б.Г. Пятницкий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Калинин, 1970. — 25 с.
4. Газаль, А.С. Морфологические основы совершенствования пункции околоушной слюнной железы /А.С. Газаль: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2007. — 22 с.
5. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи /Пачес А.И. — М., 1997.

ВАРЕНЬЕ И ЖЕЛЕ СПОСОБНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ СЛАДКУЮ ЗАЩИТУ ОТ РАКА

Уютно чаевничая с вареньем, джемом или желе, вы, вероятно, не догадываетесь, что таким образом можно предотвратить развитие раковых опухолей. Но, согласно заявлениям ученых из Института пищевых исследований (Великобритания), такие продукты содержат желирующий агент пектин, который блокирует ключевой путь прогрессии рака в организме. Пектин является естественным продуктом волокна во фруктах и овощах и широко используется в пищевой промышленности, но его профилактические свойства от раковых образований замечены впервые.

Онкологи связывают защитный эффект пектина с белком галектином-3 (гал3), влияющим на все стадии прогрессии рака. Желе и джемы изготавливаются таким образом, что активность пектина повышается и в дальнейшем он способствует освобождению тканей от раковых клеток. Однако врачи не уверены, что сладкое варенье послужит лучшим выбором при профилактике болезни, так как оно богато сахаром. Пектин найден в целом разнообразии фруктов и овощей, от картофеля до сливы. Меньше всего пектина содержится в клубнике и винограде, а его уровни особенно высоки в яблоках и апельсинах, добавляют медики.

Источник: Ami-tass.ru

А.Г. Короткевич, Я.Я. Маринич, Е.В. Серебренникова

*Институт усовершенствования врачей,
МУЗ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА

Осложнения рефлюксной болезни разнообразны, но одним из наиболее потенциально опасных является пищевод Баррета. Целью данной работы было оценить эффективность и целесообразность использования комбинированной хромоэндоскопии в диагностике пищевода Баррета при рефлюксной болезни. Анализированы результаты обследования 10275 пациентов с ГЭРБ и ее осложнениями за период 2001–2006 гг. Помимо фиброгастроскопии, использовали хромоэндоскопию с последовательным применением 1 % раствора уксусной кислоты, 1 % раствора Люголя и 1 % водного раствора метиленовой сини. Эндоскопические находки подтверждали гистологическими исследованиями. Выявлено, что 29,7 % обследованных пациентов имели признаки ГЭРБ. Среди эндоскопических находок преобладали признаки слабости кардии – 62 %, картина рефлюкс-эзофагита – 32 %. Наиболее часто ПБ и хронический эзофагит встречался при НК 1–2. Наименее информативным при хромоэндоскопии оказалось окрашивание раствором Люголя при всех степенях НК, наиболее информативным – орошение раствором уксуса и раствором метиленовой сини. В наших исследованиях у части больных с визуальными признаками ПБ применение хромоэндоскопии позволило исключить этот диагноз. Делаются выводы о высокой диагностической ценности визуального исследования и комбинированной хромоэндоскопии при подозрении на пищевод Баррета.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), эзофагоскопия, комбинированная хромоэндоскопия, пищевод Баррета (ПБ).*

Korotkevich A.G., Marinich Y.Y., Serebrennikova E.V.
ENDOSCOPY IN DIAGNOSTIC OF BARRETT'S ESOPHAGUS

The complications of gastroesophageal reflux disease are very difference, but one of the most dangerous is Barrett's esophagus. The main purpose of our work was to estimate the effect and needs of combination chromoendoscopy's using in diagnosing Barrett's esophagus in gastroesophageal reflux disease. We studied the results of examination 10275 patients with gastroesophageal reflux disease and it's complications during 2001–2006 years. Besides EGS we made chromoendoscopy with consecutive using solutions Acetic acid 1 %, Lugol and 1 % solution of methylene blue. Endoscopies findings we confirmed by histologists. We found that 29,7 % examined patients had signs of GERD. Between endoscopic findings signes of gastroesophageal junction dysfunction were more often (62 %), the signs of GERD – 32 %. The most common BE and chronic esophagitis were met in dysfunction of gastroesophageal junction 1-2. The worth information during chromoendoscopy was staining by Lugol solutions with all grades of dysfunction gastroesophageal junction. The most information during chromoendoscopy was staining by Acetic acid 1 %, and methylene blue. Using chromoendoscopy in our investigations could include BE from one part of the patients with endoscopy signes. We can make a conclusions about high diagnostic value from endoscopy and chromoendoscopy when we have suspicions BE.

Key words: *gastroesophageal reflux disease (GERD), esophagoscopy, combined chromoendoscopy, Barrett's esophagus (BE).*

Корреспонденцию адресовать:

Короткевич Алексей Григорьевич, д.м.н., проф.,
ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ»
г. Новокузнецк, 654018, а/я 7526
Тел.: раб. (3843) 53-60-96, 53-61-03,
дом. (3843) 71-52-58; факс (3843) 53-61-45
alkorot@mail.ru; gkb29hosp@online.nkz.ru

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в последние десятилетия подверглась пристальному вниманию клиницистов, в том числе и из-за развития осложнений [1]. Наиболее часто встречающееся осложнение ГЭРБ – формирование пищевода Баррета (ПБ), которое, по данным различных авторов, встречается в 5–30 % [2, 3, 4].

Цель исследования — оценить возможности комбинированной хромоэндоскопии в диагностике пищевода Барретта в структуре осложнений ГЭРБ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализированы результаты обследования пациентов с ГЭРБ и ее осложнениями среди подвергшихся фиброгастроуденоскопии в отделении эндоскопии МГКБ № 29 г. Новокузнецка с 2001 по 2006 гг. Мужчин — 5947, женщин — 4328, в возрасте от 15 до 75 лет.

Все пациенты предъявляли жалобы на изжогу, отрыжку воздухом и съеденной пищей (больные, поступающие в экстренном порядке, имели клинику желудочно-кровотечения — синдром Меллори-Вейсса). ФГДС в экстренном порядке проводилась сразу при поступлении, контроль — через 6-8 часов, затем через сутки.

Хромоскопия проводилась с применением 1 % раствора уксусной кислоты, 1 % раствора Люголя и 1 % водного раствора метиленовой сини у 65 больных. На слизистую оболочку нижней трети пищевода последовательно наносилось по 1 мл растворов с интервалом в 1-2 мин. Оценивались изменения слизистой (очаги метаплазии, рубцы), из подозрительных участков бралось 2-3 кусочка биоптата. Степень зияния кардии и эндоскопическую картину оценивали согласно рабочим критериям [5]: недостаточность кардии (НК) 1 степени — неполное смыкание кардии (не менее 1/3 диаметра), 2 степень — пролапс слизистой желудка при не полностью смыкающейся подвижной кардии (характерно для скользящей хиатальной грыжи), 3 степень — полное зияние кардии (характерно для ахалазии и фиксированной хиатальной грыжи).

Оценку пищевода Барретта проводили согласно Пражской классификации (рис. 1). Оценку формы

зубчатой линии оценивали согласно рекомендаций американского и европейского обществ гастроинтестинальной эндоскопии (Scand. J. Gastroenterol. 2000; 35: 17-22; Gastrointest. Endosc. 2002; 55: 65-69): степень 0 — контур острый и круглый, степень 1 — контур нерегулярный с подобными языку выпячиваниями и/или островами цилиндрического эпителия, степень 2 — отличный, очевидный язык цилиндрического эпителия < 3 см, степень 3 — отлично определяемые языки цилиндрического эпителия > 3 см или проксимальное смещение Z-линии > 3 см.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее число выполненных эндоскопий верхних отделов ЖКТ составило за 6 лет 34593. Осложнения и клинические проявления ГЭРБ имели 10275 человек (29,7 %). Структура нозологических проявлений ГЭРБ представлена в таблице 1.

Как видно, при синдроме Меллори-Вейсса соотношение мужчин и женщин 2,5 : 1. Частота возникновения рефлюкс-эзофагита одинакова у мужчин и женщин, но НК преобладает у мужчин.

Основные визуальные критерии диагностики анализируемых заболеваний представлены на рисунках 2-5.

Сплошному проспективному исследованию на предмет выявления ПБ подверглись 49 больных ГЭРБ в 2006 г. Эффективность визуальной диагностики ПБ, комбинированной хромоэндоскопии и гистологического исследования биоптатов дополнительно друг к другу представлена в таблице 2.

Как видно, метод хромоэндоскопии и гистологическая верификация существенно увеличивали частоту диагностики пищевода Барретта при наличии признаков хронического эзофагита, отсутствии видимых изменений и ПБ.

Рисунок 1
Пражская классификация оценки пищевода Барретта

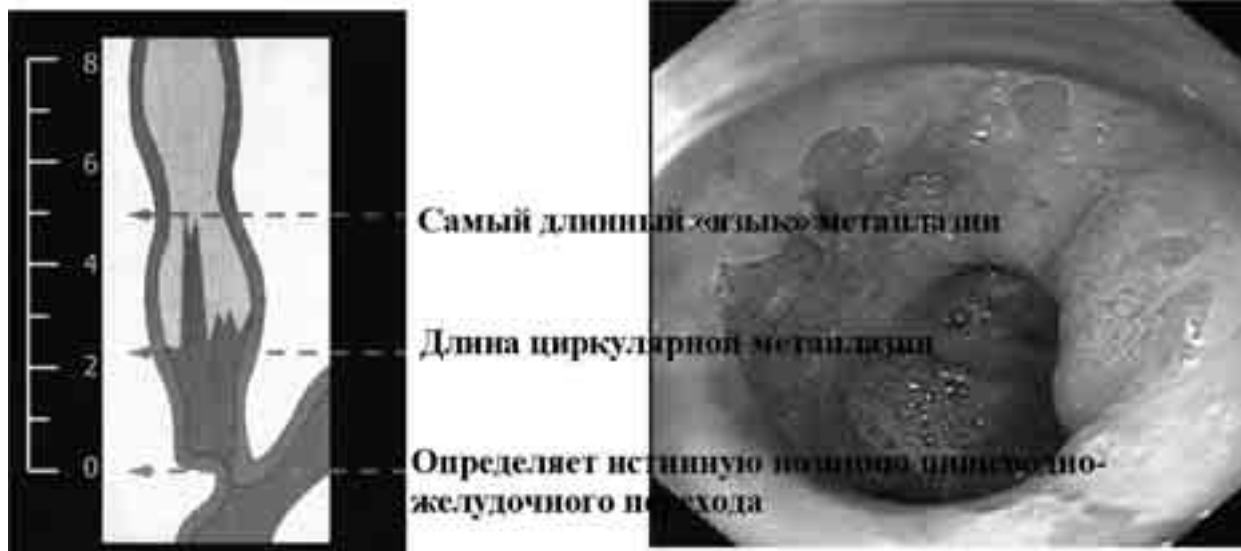


Таблица 1
Структура нозологических проявлений ГЭРБ

	Муж		Жен		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Синдром Меллори-Вейсса	120	71 -2 %	48	29* -1	168	2
Хронический рефлюкс-эзофагит	1835	55 -31	1482	45 -34	3317	32
НК бессимптомная (негативная ГЭРБ)	217	52 -4	202	48 -5	419	4
НК 2-3 степени	3775	59 -63	2596	41 -60	6371	62
Итого:	5947	57 -100	4328	43 -100	10275	100

Примечание: (%) - значение в столбце; * - $p < 0,05$ с соответствующим показателем в строке.

Самым частым визуальным признаком хронического эзофагита явилось утолщение слизистой пищевода в нижней его трети и отсутствие сосудистого рисунка – 19 мужчин (70 %) и 6 женщин (50 %), отсутствие зубчатой линии выявлено у 17 мужчин (63 %) и 6 женщин (50 %), фиброзное кольцо в ниж-

ней трети пищевода обнаружено у 3 мужчин (11 %) и 5 женщин (42 %), очаги метаплазии – у 8 мужчин (30 %) и 2 женщин (17 %), пищевод Баррета (ПБ) был заподозрен у 7 мужчин (26 %) и 2 женщин (17 %), эрозии пищевода выявлены у 2 мужчин (7 %). Неизменная слизистая пищевода была у 1 мужчины и 1 женщины (3,7 % и 8 %).

После окрашивания уксусом слизистая приобрела «чешуйчатый» вид у 6 мужчин (22 %) и 2 женщин (17 %), очаги метаплазии – у 6 мужчин (22 %) и 2 женщин (17 %). После второго этапа окрашивания дополнительные очаги метаплазии выявлены у 3 мужчин (11 %) и 2 женщин (17 %), фиброзные изменения слизистой – у 3 мужчин (11 %) и 2 женщин (17 %). После третьего этапа окрашивания дополнительные очаги метаплазии выявлены у 6 мужчин (22 %) и 1 женщины (8,3 %).

Прицельно и последовательно бралась биопсия из окрашенных очагов метаплазии. Среднее количество биоптатов составило 4 против 10 без хромоскопии ($p < 0,02$). Гистологические исследования показали сходные изменения разной степени выраженности – от кератоза, легкого фиброза и лимфоцитарной инфильтрации до фиброза, дисплазии и формирования очагов пищевода Баррета. Диагноз хронического эзо-

Рисунок 2
«Языки» метаплазии, недостаточность кардии

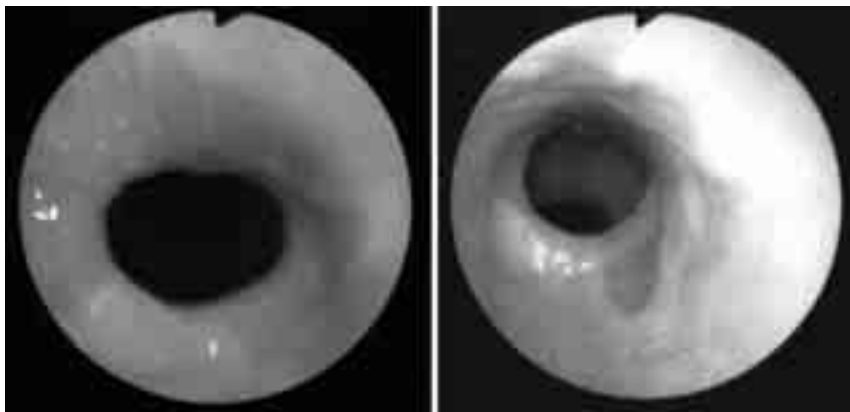


Рисунок 3
Хронический эзофагит: А – неровная слизистая, отсутствует сосудистый рисунок; Б – утолщенная слизистая абдоминального сегмента пищевода, очаги метаплазии; В – фиброз слизистой



Рисунок 4
Острый эзофагит. Видны линейные эрозии с нежным налетом фибрина, гиперемия слизистой



фагита гистологически подтвержден у 12 мужчин (44 %) и 4 женщин (33 %). Предполагаемый нами при визуальной диагностике пищевод Барретта подтвержден у 5 из 7 мужчин (71 %) и 2 женщин (100 %). В целом, ПБ выявлен у 12 мужчин (44 %) и 4 женщин (33 %) при хроническом рефлюкс-эзофагите ($p < 0,01$ в сравнении с рутинной визуальной диагностикой). При отсутствии визуальных признаков ПБ и патологических изменений в пищеводе при хромокопии в 2 случаях (25 %) удалось найти ПБ.

При оценке зубчатой линии нормальная эндоскопическая картина (стадия 0) выявлена в 2 случаях (7 %), изменения по типу островков или языков эпителия – в 10 случаях (33 %), зона цилиндрического эпителия – в 9 случаях (30 %).

Эффективность комбинированной хромокопии у 65 пациентов с подтвержденным клинически, эндоскопически, рентгенологически и гистологически ПБ при рефлюксной болезни представлена в таблице 3.

Как видно, наиболее часто ПБ и хронический эзофагит встречается при НК 1-2. Во время хромокопии дополнительные признаки были выявлены после окрашивания раствором уксуса и метиленовой синью. Эффективность дополнительной диагностики ПБ различными красителями отличалась: наименее информативным оказалось окрашивание раствором Люголя при всех степенях НК, наиболее информативным – орошение раствором уксуса и раствором метиленовой сини. Применение комбинированной хромокопии позволило, независимо от пола, вдвое повысить выявляемость очагов ПБ.

Основные изменения слизистой при этапной окраске представлены на рисунках 6-10.

ОБСУЖДЕНИЕ

В целом ПБ формируется у 0,4-2 % населения [2, 3, 6]. По данным разных авторов, синдром Барретта

Рисунок 5
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: А - параэзофагеальная; Б - аксиальная, В - скользящая



Таблица 2
Эффективность выявления пищевода Барретта

	Первичное эндоскопическое заключение		Эндоскопически ПБ		Хромокопия ПБ		Гистологически ПБ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронический эзофагит	30	100	-	-	6	20	23	77
Пищевод Барретта (ПБ)	9	100	9	100	9	100	8	89
Эрозивный эзофагит	3	100	-	-	0		0	
ГПОД (НК 2-3 ст.)	3	100	-	-	0		0	
Патологии нет	4	8	-	-	2	50	2	50
Итого	49	100	-	-	17	35	33	67

Примечание: ГПОД - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; * - $p < 0,05$ с соответствующим показателем в строке.

Таблица 3
Частота выявления пищевода Барретта при хромоэндоскопии

Первичное эндоскопическое заключение	Пол	Эндоскопически ПБ		Раствор уксуса		Раствор Люголя		Раствор синьки		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
НК-1	М	2	67	0	-	0	-	1	33	3	6
	Ж	1	100	0	-	0	-	0	-	1	6
НК-2	М	11	46	6	25*	1	4*	6	25*	24	60
	Ж	7	47	7	47	0	-	1	6	15	25
НК-3	М	7	50	2	14	3	21	2	15	14	25
	Ж	1	50	0	-	1	50	0	-	2	14
ХРЭ	М	2	67	1	33	0	-	0	-	3	14
	Ж	1	33	1	33	0	-	1	33	3	14
Итого	М	22	50	9	20*	4	10	9	20*	44	68
	Ж	10	48	8	38	1	5*	2	9	21	32
		32	49	17	26*	5	8*	11	17	65	100

Примечание: НК - недостаточность кардии; ХРЭ - хронический рефлюкс-эзофагит;

* - $p < 0,05$ с соответствующим показателем в строке.

встречается у 8-20 % больных рефлюкс-эзофагитом, при этом в 30-40 раз повышается риск развития рака [2, 3, 4, 6]. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта является основным методом диагностики эзофагита Баррета, так как поз-

воляет заподозрить ПБ и, самое главное, взять материал для проведения гистологического, гистохимического и других исследований [7]. Согласно последнему консенсусу по ГЭРБ, обязательно гистологическое подтверждение метаплазии, поскольку в разных исс-

Рисунок 6
Орошение очагов метаплазии раствором уксуса (А. Мау, UEGW2006):
А - до орошения; Б - после орошения видны участки «рыбьей чешуи»

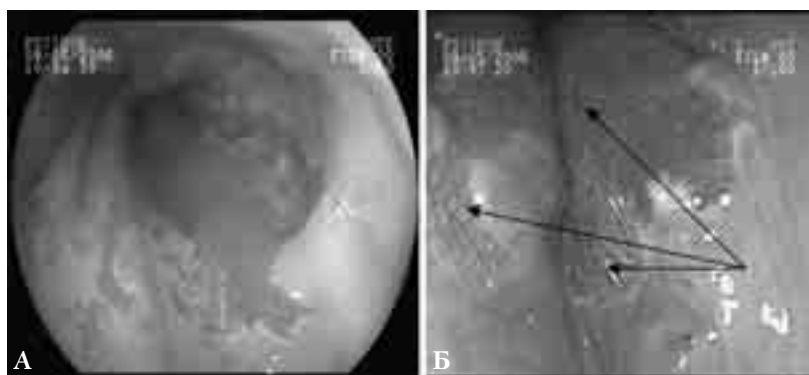


Рисунок 7
Орошение очагов метаплазии раствором уксуса: А - кровоточивость участка метаплазии после орошения (оптический эндоскоп); Б - появление белесых очагов «рыбьей чешуи» на внешне не измененной слизистой при видеоэндоскопии

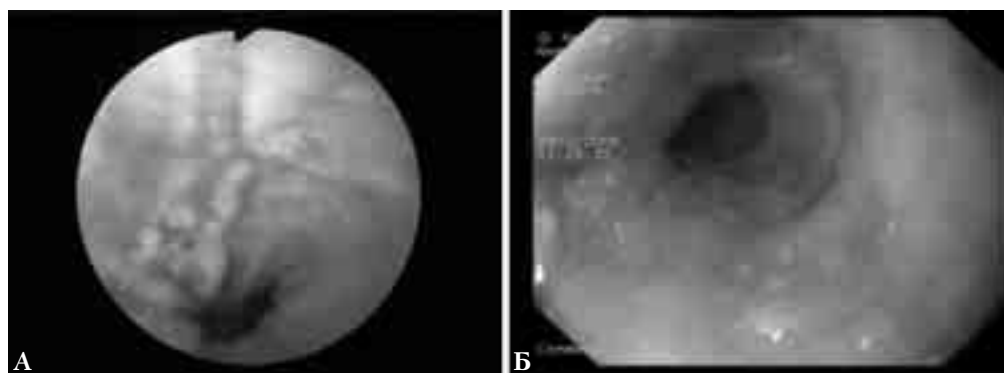


Рисунок 8
Окраска раствором Люголя: А – обычная структура слизистой пищевода (видеоэндоскопия);
Б – интенсивная окраска области пищеводно-желудочного эпителия, отсутствие окраски
на языке метаплазии (1) и яркая желтая окраска вокруг этого очага (2)

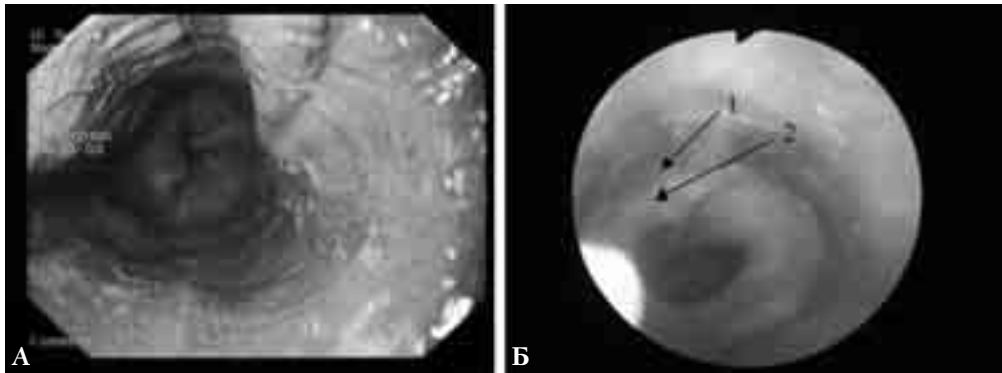
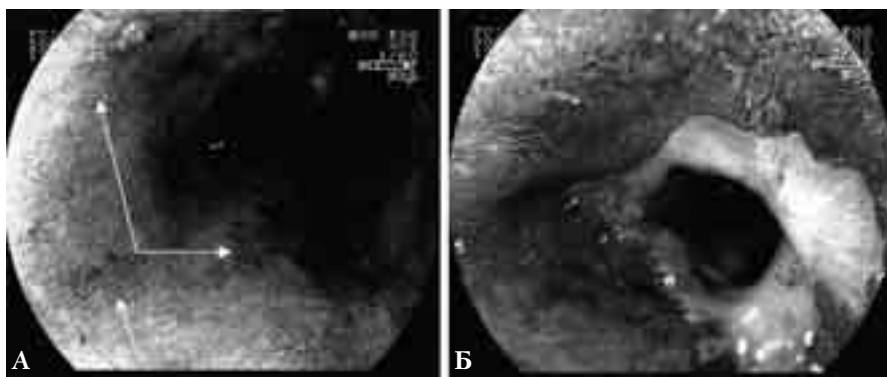


Рисунок 9
Окраска метиленовой синькой (тонкокишечная метаплазия окрашена в ярко синий цвет – стрелки);
А, В – при оптической эндоскопии; Б – при видеоэндоскопии



Рисунок 10
Окраска метиленовой синькой при видеоэндоскопии (А. Мау, UEGW2006):
А – очаги тонкокишечной метаплазии; Б – сегмент пищевода Баррета



ледованиях от 40 до 70 % заключений по результатам эндоскопии не согласуется с гистологическими данными [8]. К сожалению, часто визуально выделить ПБ невозможно. Однако иногда изменяются окраска и структура слизистой оболочки: пятнистая эритема, чередующаяся с белесоватыми рубцами; истончение слизистой оболочки; просвечивающий сквозь нее сосудистый рисунок как при атрофическом гастрите, или,

наоборот, подчеркнутый, чуть выступающий сосудистый рисунок. В некоторых случаях слизистая оболочка имеет неровную, шероховатую, зернистую, а иногда сосочковую структуру [6, 9, 10, 11].

В последние годы наблюдается рост интереса к хромоскопии. По сравнению с другими развивающимися диагностическими методиками, как-то: флуоресцентной спектроскопией, эндоскопической флю-

оресценцией, оптической томографией, хромоэндоскопия — эффективный метод, общедоступный для эндоскопистов, позволяющий улучшить визуализацию и снизить число ошибок [10]. Однако абсорбция метиленового синего уменьшается при наличии неоплазии даже на ранних стадиях. Кроме того, требуется большое количество воды для отмывания, и результат должен быть оценен сразу. Наконец, показано, что сочетание метиленового синего и белого цвета вызывает генетические повреждения при ПБ. Все это ограничивает возможности применения метиленового синего в диагностических целях [8]. По данным А.В. Филина с соавторами, окрашивание раствором Люголя позволяет увеличить чувствительность, специфичность, и точность эндоскопического исследования пищевода Барретта на 89%, 93%, и 91%, соответственно [12]. В наших исследованиях у части больных с визуальными признаками ПБ применение хромоскопии позволило исключить этот диагноз, хотя и в этих ситуациях мы использовали гистологическую оценку биоптата.

Guelrud M. и другие использовали уксусную кислоту при визуализации минимальных изменений в

дистальном отделе пищевода. Они сообщили о положительных результатах использования уксусной кислоты для обнаружения кишечной метаплазии у пациентов с пищеводом Barrett's [10]. В наших наблюдениях последовательное применение известных красителей позволило существенно повысить точность диагностики ПБ и сократить число биоптатов, необходимых для верификации диагноза.

ВЫВОДЫ:

1. Хронический эзофагит и эндоскопически позитивная ГЭРБ при НК могут быть диагностированы эндоскопически с высокой степенью вероятности и подтверждены гистологически.
2. Метод комбинированной хромоскопии позволяет улучшить качество диагностики пищевода Барретта при хроническом рефлюкс-эзофагите и эндоскопически негативной ГЭРБ.
3. Наиболее часто формирование пищевода Барретта отмечено при недостаточности кардии 1-2 степени.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Эндоскопическая и морфологическая диагностика гастроэзофагеального рефлюкса /Абакумов М.М., Пинчук Т.П., Таланкина И.Е. и др. //Вестник хирургии. — 2004. — Т. 163, № 6. — С. 11-16.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учебно-методическое пособие /под ред. И.В. Маева. — М., 2007. — С. 52.
3. Калинин, А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. От патологии к клинике и лечению /Калинин А.В. //http://rmj.ru.
4. Калинин, А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: диагностика, терапия и профилактика /Калинин А.В. //Фарматека. — 2003. — № 7/10. — С. 1.
5. Короткевич, А.Г. Недостаточность кардии: критерии эндоскопической диагностики /Короткевич А.Г., Ефремова О.Р., Маринич Я.Я. //Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2006. — Приложение № 28. — С. 137.
6. Старостин, Б.Д. Пищевод Барретта /Старостин Б.Д. //Рус. мед. журнал. — http://www.takecare.ru/main.htm/rmj/t5/n22/4.htm.
7. Шентулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Consilium Medicum Том 2 /N 7/2000 http://www.consilium-medicum.com.
8. Осипенко, М.Ф. Опыт лечения «по требованию» неэрозивной рефлюксной болезни /Осипенко М.Ф., Голубева Е.А., Князева Л.А. //Consilium Medicum. — 2005. — Приложение № 2: Гастроэнтерология. — С. 15-17.
9. Возможности эндоскопических методов хромоскопии и хирургического лечения больных с «пищеводом Барретта» /Давыдов М.И., Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П. и др. //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — № 1. — С. 69.
10. Enhanced magnification endoscopy: a new technique to identify specialized intestinal metaplasia in Barrett's esophagus /Guelrud M., Herrera Z., Essenfled H., Castro J. //Gastrointest. Endosc. — 2001. — V. 53(6). — P. 559-565.
11. Optimizing endoscopic biopsy detection of early cancers in Barrett's high-grade dysplasia /Reid B.J., Blount P.L., Feng Z., Levine D.S. //Can. J. Gastroenterol. — 2000. — V. 95(11). — P. 3089-3096.
12. Филин, А.В. Применение методов хромоскопии при эндоскопических исследованиях верхних отделов пищеварительного тракта /Филин А.В., Мякина Л.М., Рыбалкин Ю.И. — http://www.endoscopy.ru/doctor/articles.html.

О.Б. Анфиногенова, А.А. Ачкасова, Б.И. Давыдов

Кемеровская государственная медицинская академия,

МУЗ Детская клиническая больница № 2,

г. Кемерово

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ)

Для предупреждения осложнений и инвалидизации в старшем возрасте обязательна медицинская реабилитация детей и подростков, перенесших острую соматическую патологию (bronхолегочной и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов мочевого выделения). Предложены программы восстановительного лечения детей и подростков, апробированные в местном санатории «Журавлик» (г. Кемерово).

Ключевые слова: реабилитация медицинская, инвалидизация, оздоровление, санаторий местный.

O.B. Anfinogenova, A.A. Achkasova, B.I. Davidov

THE INNOVATIVE APPROACHES TO TREATMENT CHILDREN AND TEENAGERS
(MEDICAL REHABILITATION)

To prevent complications and invalidization in older age the medical rehabilitation of children and teenagers with critical somatic pathology (of respiratory, cardiovascular, digestive and urinary systems). The programmes of recovery treatment of children and teenagers are offered. This programme approved in local sanatorium «Juravlik» (Kemerovo).

Key words: medical rehabilitation, invalidization, recovery, improvement, local sanatorium.

Реализация Национального проекта «Здоровье» должна положительно сказаться на физическом и духовном благополучии населения Кузбасса. Незамедлительность решения этой проблемы обусловлена неблагоприятной экологической ситуацией региона, высоким удельным весом острых и хронических заболеваний, частотой осложнений и рецидивов.

Накопленный нами доказательный клинический материал свидетельствует о том, что приоритетной патологией среди детей и подростков г. Кемерово являются нарушения опорно-двигательного аппарата, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологические расстройства, функциональные изменения сердечно-сосудистой системы, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей. Одно и более заболевание встречается у каждого третьего из приведенной возрастной когорты лиц [1, 2].

Корреспонденцию адресовать:

Анфиногенова Ольга Борисовна, д.м.н., проф.
каф. детских болезней ГОУ ВПО «КемГМА»
г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а
Тел.: раб. (3842) 64-29-99, 64-14-42;
дом. (3842) 36-44-80

Улучшение ситуации требует обязательность медицинской реабилитации всех пациентов, перенесших острую соматическую патологию и обострение (рецидив) хронической. К сожалению, большинство детей и подростков прерывают лечение в связи с клиническим выздоровлением, при котором не достигается органное восстановление (анатомическое выздоровление) [3, 4].

Функционирующие в стране профильные детские курорты – климатические, бальнеологические и других направлений – большинству родителей экономически затруднительны, да и период адаптации для жителей Сибири не всегда безболезненный.

В здравоохранении Кузбасса происходят позитивные изменения, среди которых качество излечения пациентов становится ведущим критерием оценки работы врача и медицинского учреждения. Достижение этой цели возможно лишь при организации службы профильного восстановительного лечения в местных оздоровительных здравницах [5, 6, 7].

Многолетний опыт подобной работы с детьми, страдающими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и органов мочевого выделения, имеет коллектив детского санатория «Журавлик» МУЗ ДКБ № 2, на базе которого находится кафедра детских болезней Кемеровской государственной

ной медицинской академии. Накопленный нами материал позволяет поделиться полученными результатами [2, 8].

Перед нами была поставлена **цель** — улучшить качество жизни больных детей с вышеназванной патологией, предотвратить развитие инвалидности в детстве и отрочестве. При разработке программ восстановительного лечения были использованы данные литературы, собственные клинические и научные наблюдения, опыт сотрудничества с врачами региональных медицинских и общеобразовательных учреждений, анализ эффективности результатов лечения.

Для принятия детей и подростков в санаторий мы руководствуемся приказом Минздрава и социального развития Российской Федерации № 256 от 22 ноября 2004 года. К основным методам реабилитации отнесены: режим дня, лечебное питание, бальнеотерапия, ЛФК, физиолечение, фитотерапия, санация полости рта, медикаментозная коррекция (по показаниям), лечебная и школьная педагогика, психосоциальная адаптация к своему недугу.

Курс восстановительного лечения в местном санатории определен нами в 28 дней. Первые два дня посвящены изучению критериев здоровья (физическое, нервно-психическое, половое развитие и др.), психологическому тестированию, составлению индивидуальной программы оздоровления. Последующие 24 дня включают реализацию лечебно-оздоровительного процесса, клинический мониторинг. В последние два дня дается оценка эффективности реабилитации, назначаются рекомендации дальнейшего оздоровления по месту жительства.

Режим дня — вне зависимости от системной патологии, предусматривает следующие три варианта: щадящий (первые 5-7 дней), затем тонизирующий, а время перехода на тренирующий — индивидуально. Это зависит от характера адаптации к новым условиям бытия, показателей функциональных проб, результатов лабораторных исследований.

При организации **рационального питания** детей и подростков санатория принят во внимание приказ № 330 от 5.08.2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-диагностических учреждениях Российской Федерации».

Питание детей с патологией сердечно-сосудистой системы должно соответствовать стандарту ВБД (высокобелковая диета). Это значит, что для восстановления и коррекции нарушенных обменных процессов показано увеличение белков животного происхождения, введение в пищу ненасыщенных жирных кислот и ограничение рафинированных углеводов: молочные продукты, оливковое, кукурузное или подсолнечное масло, микронутриенты (витамины, пищевые вещества органического происхождения, минералы неорганической природы).

Питание детей при заболеваниях желудочно-кишечного тракта приближено к варианту щадящей диеты (ЩД) с учетом секреторной и эвакуаторной функции. Важное условие питания — дробное, обеспечивающее выделение желчи, щажение слизистых оболочек желудка и кишечника. При гиперацидных сос-

тояниях включаются сливки, молоко, творог, омлет, сухари. При неспецифических поражениях кишечника характер питания определяется результатами копрологического исследования. Пища должна быть гипохлоридная, не усиливающая процессы брожения и гниения, приготовленная на пару.

Питание детей при заболеваниях почек соответствует низкобелковой диете (НБД). Предпочтительнее продукты молочного происхождения (диуретическое действие), отварная рыба, нежирные сорта говядины, крупы, макаронные изделия, вегетарианские супы, овощи и фрукты. При уратурии исключаются продукты, богатые пуринами (печень, почки, какао, шоколад), что способствует ощелачиванию мочи, повышая растворимость мочевой кислоты и ее солей. При оксалурии диета должна быть преимущественно мясной и мучной, предупреждающей перенасыщение мочи кальциевыми солями щавелевой кислоты. Детям с фосфатурией показаны продукты с преобладанием кислых валентностей и ограничением кальция: мясные, рыбные блюда, крупяные изделия, черный и белый хлеб, сладости.

Водолечение — гидро- и бальнеотерапия — наиболее распространенные водные процедуры в детских санаториях. Фитосолевые ванны (пресная вода, растительные экстракты, соли) усиливают кровоток, способствуют образованию биологически активных субстанций, восстанавливающих обмен веществ. Различные температуры воды избирательно регулируют состояние нервной системы, трофику тканей, иммунологическую реактивность организма. Подобные механизмы действия мы наблюдаем при назначении душа и плавания в бассейне.

В кардиологической практике показаны сульфидные (хлоридно-натриевые, азотные) ванны. При болезнях желудка и кишечника — минеральные (анальгезирующее, антиспастическое действие). При воспалительных процессах в органах мочевого выделения полезны пресные теплые ванны, расширяющие сосуды и повышающие диурез.

К бальнеологическим процедурам относятся аэрозольтерапия, питье щелочных вод (Терсинка, Борисовская), восстанавливающие структуры клеток желудка, функцию печени и поджелудочной железы. Слабоминерализованные, подогретые и дегазированные лечебные воды хорошо saniруют мочевыводящие пути.

В основе лечебного действия **физических упражнений** (ЛФК) лежат физиологические и биохимические процессы, обеспечивающие системное восстановление. Они улучшают венозный кровоток, устраняют застойные явления, ускоряя репаративные процессы в сердечной мышце. Выбор методики ЛФК при хроническом гастродуодените зависит от характера секреторной деятельности желудка. Имеется набор упражнений для мышц брюшного пресса, спины, таза. Для детей с заболеваниями почек, мочевыводящих путей применим игровой метод физических упражнений. Музыкальное сопровождение облегчает выполнение задания, улучшает настроение.

Широкое применение в санатории «Журавлик» получило физиотерапевтическое лечение в виде ап-

паратной терапии, теплелечения и массажа. При миокардитах показаны электрическое поле УВЧ, микроволны, ультразвук. При сопутствующей патологии лимфоглоточного кольца — облучение миндалин КУФ-лучами, СМТ, лекарственный электрофорез. Воротниковый и поясничный массаж (сегментарная рефлекторная методика) полезен при подъеме артериального давления, синдроме вегетососудистых дистоний. Физические факторы оказывают противовоспалительное действие, улучшают трофику органов пищеварения, нормализуют секреторную деятельность желудка и кишечника: СВЧ, лазеротерапия, аппликации озокерита, грязевые «лепешки», массаж живота. Санации мочевых путей способствуют электрофорез уроантисептиками, диадинамотерапия, фотолечение, ультравысокочастотная терапия (УВЧ, ЭВТ), грязевые процедуры.

Фитотерапия издавна используется для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек. Нами сделан акцент на лекарственные растения, которые лучше переносятся детьми, не обладают кумулятивным действием, реже вызывают побочные реакции. При повышенной секреции желудочного сока показаны сборы трав тысячелистника, зверобоя, бессмертника, пустырника, корня алтея и валерианы, цветов ромашки и календулы, из которых приготавливают чай — желудочный, седативный, желчегонный. При заболеваниях почек и мочевыводящих путей рекомендуем сбор № 1 — зверобой, ячмень, клевер, брусничный лист и сбор № 2 — овес, клевер, василек, зверобой.

Кислородные коктейли в нашем санатории получают все дети (снятие явлений гипоксии). Окислительно-восстановительные процессы усиливают сироп плодов шиповника, отвар корня солодки, яблочный осветленный сок.

Медикаментозная терапия в санаторных условиях ограничена и включает, как правило, средства, корригирующие системные нарушения.

Почти каждый ребенок и, особенно, подросток нуждается в **санации полости рта** (патология зубов, десен, неправильный прикус и др.). Наш стоматолог излечивает до 60 % детей за период их пребывания в санатории.

Курс лечебной и школьной педагогики [9] для пациентов санатория включает арттерапию, направленную на коррекцию психологических расстройств; музыкотерапию, эффект от которой заключается в эмоциональной разрядке и ее регуляции; натуроп-

сихотерапию — лечебное влияние природного ландшафта, окружающего санаторий. Занятия по школьной программе проходят ежедневно, кроме выходных и праздничных дней, во второй половине дня. К выписке из санатория дети приобретают знания и умения поведения при возможном обострении заболевания.

В статье изложены основные характеристики методов, используемых в период восстановительного лечения в детском санатории г. Кемерово «Журавлик». Эффективность медицинской реабилитации классифицировалась нами с учетом клинических и лабораторно-инструментальных признаков:

- значительное улучшение (отсутствие жалоб, интоксикационного синдрома, восстановление аппетита, сна, массы тела, показателей дополнительных исследований и др.);
- улучшение (отсутствие жалоб, уменьшение симптомов интоксикации, астенического синдрома, активности микробно-воспалительного процесса и др.);
- без улучшения (отсутствие положительной динамики);
- ухудшение (обострение воспалительного процесса).

К числу прочих критериев эффективности реабилитации мы относим динамику группы здоровья, параметры физического и нервно-психического развития, уровень тревожности (по А.М. Прихожан и Спилбергу-Ханину), динамику показателей качества жизни (SF 36).

За период 2005-2007 годов восстановительное лечение в санатории проведено 7693 детям и подросткам (табл.). Основную группу составили больные с хронической патологией желудочно-кишечного тракта (4647 чел. — 60,4 %). С заболеваниями сердечно-сосудистой системы под нашим наблюдением находилось 2515 человек (32,7 %), с нарушениями мочевыделительной системы — 531 ребенок (6,9 %).

Вне зависимости от нозологии заболевания, у абсолютного большинства детей мы объективно констатировали улучшение состояния здоровья (6628 чел. — 86,2 %). Часть детей и подростков были выписаны из санатория со значительным улучшением (1065 чел. — 13,8 %). Торпидность восстановительного периода мы констатировали при заболеваниях органов пищеварения.

Оценочными критериями состояния здоровья при выписке следует считать, по-нашему мнению, осмотр

Таблица
Эффективность медицинской реабилитации детей и подростков в санатории «Журавлик»

Группы наблюдения	Количество больных		Результаты восстановительного лечения							
			Значительное улучшение		Улучшение		Без улучшения		Ухудшение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	2515	32,7	318	12,6	2197	87,4	-	-	-	-
Заболевания желудочно-кишечного тракта	4647	60,4	663	14,3	3984	85,7	-	-	-	-
Заболевания почек, органов мочевыделения	531	6,9	84	15,8	447	84,2	-	-	-	-
Всего:	7693	100	1065	13,8	6628	86,2	-	-	-	-

и данные лабораторно-инструментального контроля, уровень резистентности организма, физического и нервно-психического развития, функциональное состояние пациента. Имеются в виду клиноорто статическая проба, индекс Кердо и другие показатели, характеризующие вегетативный статус, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, физическое, половое развитие, психологические тесты.

Поэтапная медицинская реабилитация в условиях местных санаториев — качественно новая модель снижения общей заболеваемости, осложнений, формирования хронических форм болезни.

Здравоохранение Кузбасса нуждается в организации Центра восстановительного лечения. Наряду с решением лечебно-диагностических задач, Центр медицинской реабилитации детей и подростков будет выполнять задачи научно-исследовательской и консультативной помощи с организацией сертификационных курсов обучения.

ВЫВОДЫ:

1. Обязательным условием предупреждения развития хронических заболеваний, инвалидизации детей и подростков является медицинская реабилитация.
2. Восстановительное лечение показано детям со школьно-обусловленными отклонениями здоровья (нарушения опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, невротические расстройства и др.).
3. Необходимо научное решение поставленных задач путем составления инновационных образовательных программ оздоровления и взаимодействия с родителями, детьми, педагогами и врачами дошкольно-школьных учреждений.
4. Приоритетными здравницами медицинской реабилитации следует признать местные специализированные санатории.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Перевощикова, Н.К. Организация лечебно-диагностической и реабилитационной помощи детям в учреждениях дошкольного и общего образования /Перевощикова Н.К., Давыдов Б.И. — Кемерово, 1999. — 94 с.
2. Анфиногенова, О.Б. Состояние здоровья и реабилитация детей и подростков с хроническим гастродуоденитом /О.Б. Анфиногенова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Томск, 2005. — 43 с.
3. Вавилова, В.П. Современные технологии в программе профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольного образовательного учреждения /Вавилова В.П., Перевощикова Н.К. — Кемерово, 2001. — 131 с.
4. Рожавский, Л.А. Некоторые аспекты состояния здоровья подростков Ленинградской области /Рожавский Л.А. //Здравоохранение Российской Федерации. — 2007. — № 1. — С. 36.
5. Анфиногенова, О.Б. Опыт восстановительного лечения гастроэнтерологических больных на базе детского санатория «Журавлик» /Анфиногенова О.Б., Нейжмак З.Ф. //Мать и Дитя в Кузбассе. — 2005. — № 2. — С. 11-12.
6. Современные технологии восстановительного лечения детей и подростков в условиях местного санатория: метод. пособие /О.Б. Анфиногенова, А.А. Ачкасова, Е.Г. Рудаева и др. — Кемерово, 2007. — 87 с.
7. Чепель, В.А. Медико-гигиенические основы реабилитации здоровья студентов в условиях образовательного процесса /В.А. Чепель: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2006. — 16 с.
8. Интегральная оценка здоровья подростков: метод. пособие /Б.И. Давыдов, О.Б. Анфиногенова, Е.Г. Рудаева и др. — Кемерово, 2007. — 76 с.
9. Рябухин, Ю.В. Роль проблемно-целевого обучения в комплексном лечении и реабилитации детей, страдающих хроническими заболеваниями /Ю.В. Рябухин: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2001. — 35 с.

О.С. Казакова, Е.В. Лаптев, Е.В. Московская, О.Г. Соломатова
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГУБЕРНСКОГО МЕДИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Система здравоохранения отдаленных районов и малых городов традиционно является проблемной. Одним из ресурсов для ее улучшения является использование ресурсов областных больниц. В 2004 году на базе ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» был создан Губернский медико-диагностический комплекс, призванный увеличить доступность квалифицированной медицинской помощи сельскому населению области. В статье приводятся итоги работы за 4 года, показана высокая эффективность использования данной формы работы.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, медико-диагностический комплекс, эффективность.

O.S. Kazakova, E.V. Laptev, E.V. Moskovskaya, O.G. Solomatova
THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF THE PROVINCIAL MEDICAL-DIAGNOSTIC COMPLEX
IN THE KEMEROVO REGION

The system of public health services of the remote areas and small cities traditionally is problem. One of resources for her improvement is use of resources of regional hospitals. In 2004 on base Stateestablishment of public health services «Kemerovo regional clinical hospital», the Provincial medical-diagnostic complex has been created, called to increase availability qualified medical the help to agricultural population of area. In article results of work during 4 ye-ars are resulted, high efficiency of use of the given form of work is shown.

Key words: rural public health services, a medical-diagnostic complex, efficiency.

В настоящее время вопрос доступности качества медицинской помощи является одним из важнейших. Именно он зачастую сдерживает проводимые реформы и не позволяет в полной мере добиться планируемых результатов. При этом существует значительная разница в доступности специализированной медицинской помощи между городами и сельскими районами. Проблемы транспортных коммуникаций на фоне значительной удаленности врачебной помощи, особенно специализированной, от мест проживания больных; специфика сельскохозяйственного труда, в том числе занятость личным подсобным хозяйством; особенности условий, образа жизни, образовательного и культурного уровня сельского населения, преобладание среди сельского населения неработающих лиц и пенсионеров; низкая обеспечен-

ность специалистами учреждений здравоохранения в районах области и ряд других факторов приводят к снижению доступности медицинской помощи для жителей отдаленных районов, к тому, что диагностика заболеваемости осуществляется слишком поздно, лишь на этапе проявления поздних осложнений, лечение которых требует значительных финансовых затрат и, зачастую, приводит к потере трудоспособности и инвалидизации населения [1, 2, 3].

Цель настоящей работы — анализ деятельности Губернского медико-диагностического комплекса (ГМДК) за 2004-2007 годы.

Организация диспансеризации населения и современная диагностика заболеваний является одной из основных стратегических задач по модернизации системы здравоохранения Кемеровской области, как и Российской Федерации в целом [4, 5].

Кемеровская область — второй по численности населения субъект в Сибири, состоит из 18 городов и 16 районов. В отличие от других субъектов Сибирского региона, на долю областного центра приходится порядка 18 % населения, на долю других

Корреспонденцию адресовать:

Казакова Ольга Станиславовна, зам. гл. врача
по орг.-метод. работе ГУЗ «КОКБ»
Тел. раб. (3842) 52-17-22
e-mail: drlev@inbox.ru

крупных городов (6 городов) с населением более 100000 жителей — 44 %. Таким образом, на долю остальных 27 территорий приходится около 38 % населения области. Посещаемость врачей в 2007 году колебалась от 3,6 % до 10,9 % в зависимости от территории, при среднеобластном уровне 9,6 %, однако только в трех из 16-ти она превысила 9,0 %, и в 10 районах была менее 8 %. В пяти из 18 городов посещаемость составила менее 7,5 на 1000 жителей [6].

Помимо социальных и географических причин, на доступность также влияет и уровень качества оказания медицинской помощи [2]. В силу объективных (недостаток кадров, отсутствие высоких технологий) и субъективных причин он ниже, нежели в крупных городах. Так, обеспеченность врачами (физическими лицами) в среднем по районам составляет 19,9 на 10 тысяч населения, в среднем по городам — 29,8, а в областном центре — 42,2 на 10 тысяч населения. В большинстве районов и мелких городов отсутствует ряд узких специалистов, в ряде территорий до 30 % ставок терапевтов заняты фельдшерами, а большинство работающих врачей имеют пенсионный и предпенсионный возраст. Несмотря на положительную динамику, за последние годы в целом ситуация продолжает оставаться неблагоприятной.

В целях приближения специализированной амбулаторно-поликлинической помощи населению отдаленных сельских территорий, по инициативе и при поддержке губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева, в соответствии с приказом ДОЗН АКО № 531 от 16.07.04 г. «О работе Губернского медико-диагностического комплекса», в 2004 году на базе Кемеровской областной клинической больницы (ГУЗ КОКБ) был создан мобильный Губернский медико-диагностический комплекс (ГМДК) — выездная поликлиника на базе автопоезда. Автопоезд представляет собой полуприцеп, передвижающийся с помощью тягача. В нем оборудованы 6 кабинетов для приема пациентов, в том числе кабинеты врача УЗИ и ОФД, оснащенные соответствующей аппаратурой. После прибытия на место он подключается к электросети и водоснабжению. Плюсами подобного комплекса является возможность приема пациентов в любых условиях, независимо от наличия подготовленных помещений в амбулаториях. Недостатком служит отсутствие места ожидания пациентов, что позволяет использовать его только в теплое время года.

Проект призван решать следующие задачи:

- первичная диагностика и ранняя диагностика осложнений таких социально-значимых заболеваний, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, онкологические заболевания;
- экспертная оценка качества помощи пациентам в районах;
- разработка и внедрение практических рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в районах;
- обучение специалистов на местах современным методам ведения пациентов;

- проведение диспансеризации населения и диагностики заболеваемости на основе современных стандартов;
- организация профилактического осмотра населения специалистами, оснащенными оборудованием и методами лабораторного исследования и функциональной диагностики;
- выработка плана дальнейших профилактических мероприятий, включая направление пациентов в стационарные медицинские учреждения для оказания высокотехнологичной помощи;
- снижение экономических потерь за счет восстановления трудового потенциала, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности.

Для взаимодействия с муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями была разработана нормативная база выездной работы ГМДК. Порядок работы совершенствовался на протяжении трех лет и был закреплён нормативными документами Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области (ДОЗН КО) и Кемеровской областной клинической больницы (ГУЗ КОКБ). В общем виде, он состоит из заявки территории, включения ее в план работы ГУЗ КОКБ, подготовительного письма на территорию с указанием дат выездов и требований к предварительной работе со стороны территории; формирования и оснащения бригады; отчета о проделанной работе врачей ГУЗ КОКБ с выявленными проблемами в оказании помощи населению и предложениями по ее улучшению. Отчет передается в ДОЗН КО, размещается на служебном сайте ДОЗН КО и отправляется главному врачу ЦРБ или его заместителям с требованием обязательного ответа о принятых мерах.

В условиях снижения качества и доступности медицинской помощи на уровне центральных районных больниц деятельность в рамках ГМДК позволяет сделать более доступной первичную и специализированную врачебную помощь жителям отдаленных территорий. Деятельность комплекса планируется, исходя из заявок территорий на год и составляет в среднем 2-3 выезда в месяц по три дня на ФАПы, во врачебные амбулатории и участковые больницы в период с марта по ноябрь. С целью увеличения его эффективности проводится обязательное предварительное информирование населения (через работников ЛПУ, средства массовой информации) о предстоящем приезде ГМДК и подготовительная работа в учреждениях первичного звена, причем помощь оказывается не только жителям сел, где базируется ГМДК, но и жителям близлежащих населенных пунктов (транспорт организует администрация пунктов).

В начале и в конце выезда проводится совещание с заместителем главного врача ЦРБ, на котором уточняются порядок работы врачей-консультантов, обсуждаются результаты текущей командировки, рассматриваются перспективы дальнейшего сотрудничества. Принятые решения в дальнейшем ложатся в основу формирования комплекса мероприятий, направленных на совершенствование взаимодействия с

Таблица 1
**Количество посещений сельскими жителям
 и врачей-специалистов ГМДК за 2004–2007 гг.**

Число посещений	Терапевт	Кардиолог	Эндокринолог	Гастроэнтеролог	Педиатр	Отоларинголог	Акушер-гинеколог	Невролог	Невролог детский	Хирург	Уролог	Сосудистый хирург	Офтальмолог	Онколог	Всего:
2004 г.	1394	-	212	-	760	598	988	1030	-	162	-	-	925	102	6171
2005 г.	1524	-	120	-	1062	1026	1170	1076	-	27	-	-	840	18	6863
2006 г.	1609	-	123	-	917	1036	1256	1112	-	-	-	-	-	-	6053
2007 г.	990	623	629	68	1119	1104	1236	1436	599	-	24	17	-	-	7845

учреждениями здравоохранения в районах области.

В состав поликлиники входят врачи наиболее востребованных специальностей — терапевты узких специализаций, отоларинголог, невролог, педиатр, акушер-гинеколог. В состав бригады также привлекались офтальмолог ГУЗ Кемеровской областной клинической офтальмологической больницы и онколог Кемеровского областного клинического онкологического диспансера. На ряд сельских территорий выезд автопоезда был совмещен с выездом передвижной флюорографической установки Кемеровского областного клинического противотуберкулезного диспансера.

В 2007 году было значительно увеличено (почти на 30 %) количество осмотренных пациентов (табл. 1). Врачебный состав бригады был пересмотрен и расширен за счет узких специалистов терапевтического профиля. Помимо терапевта, был выделен прием кардиолога, гастроэнтеролога и эндокринолога. По многочисленным просьбам со стороны территорий в состав бригады был включен детский невролог, оказавшийся очень востребованным населением.

Помимо врачей лечебного профиля, в комплекс также входят специалисты диагностического профиля — клиническая лаборатория, врачи ОФД и УЗД. Это позволяет оперативно и более точно определяться с диагнозом и тактикой лечения пациентов. Кроме того, сельские пациенты имеют уникальную возможность быстро и на месте пройти необходимый минимум обследования. При анализе проведенной работы (табл. 2) обращает на себя внимание снижение количества проведенных исследований УЗИ — это объясняется более строгим подходом к показаниям для использования данного метода. В то же время, начиная с 2005 года, существенно увеличилось количество проведенных анализов крови и мочи.

Комплекс позволяет существенно приблизить высококвалифицированную помощь и обследование к сельским жителям. Из общего числа осмотренных в 2007 году пациентов, были впервые выявлены заболевания у 1340 человек (20,1 %). Больных, выявленных при выездах, рекомендовано дообследовать и взять на диспансерное наблюдение по месту жительства (табл. 3). Врачами ГМДК и специалистами первичного звена проводилась медицинская сор-

тировка больных, более чем в 80 % случаев больным назначено лечение по месту жительства (амбулаторно) или в ЦРБ. В областные ЛПУ на дообследование и лечение направлено 1135 человек (17 %).

Выездные формы работы, особенно на клиническом уровне, требуют значительных затрат, поэтому их дальнейшее развитие должно опираться не на наращивание объемов выполненных работ, а на четкую целенаправленность и обоснованность [2]. Основные резервы здесь кроются в профессионализме и полноте взаимодействия между всеми участниками процесса. При проведении консультативно-диагностической работы основной сложностью является фактическая подмена врачами выездных бригад работы врачей первичного звена. К сожалению, часто отмечается недостаточная подготовка и отбор больных. Так, по итогам деятельности ГМДК в 2007 году, до 15 % пациентов (каждый шестой) не нуждались в осмотре специалистов, т.е. не имели патологии. В ряде случаев приходится сталкиваться с недостаточным оповещением населения о приезде врачей ГУЗ КОКБ, что приводит к недостаточной загруженности специалистов. Также, повторные выезды показывают не всегда полное и своевременное выполнение сотрудниками сельских и районных ЛПУ

Таблица 2
Диагностическая работа ГМДК за 2004–2007 гг.

Год	Количество исследований, абс.		
	УЗИ	ЭКГ	Лабораторная диагностика
2004	3090	1035	2539
2005	2708	1222	1998
2006	1684	1112	2210
2007	1689	1432	3478

Таблица 3
**Количество пациентов ГМДК
 с выявленной патологией в 2006–2007 гг.**

	2006 г.	2007 г.
Осмотрено всего	6053	7845
Выявлено с патологией	4198 (69,3 %)	6672 (85,1 %)
Впервые выявлено	1190 (28,3 %)	1340 (20,1 %)
Направлено в КОКБ	665 (15 %)	1135 (17 %)

рекомендаций врачей ГМДК. Подобное отношение, безусловно, снижает результативность проводимой работы и требует взаимодействия с органами власти, кропотливой разъяснительной работы. Кроме того, необходимо помнить, что на время выезда специалисты отвлекаются от своей основной деятельности и их нерациональное использование наносит ущерб интересам ГУЗ КОКБ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, несмотря на все имеющиеся трудности субъективного и объективного характера, активное использование Губернского медико-диагностического комплекса позволяет обеспечить этапность и преемственность оказания качественной и доступной медицинской помощи сельскому населению области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лакунин, К.Ю. Социально-экономические аспекты функционирования системы оказания медицинской помощи в сельских муниципальных образованиях /Лакунин К.Ю. //Проблемы социальной гигиены, здравоохран. и история медицины. – 2001. – № 5. – С. 44-46.
2. Рожавский, Л.А. Плановая выездная работа областного учреждения здравоохранения /Рожавский Л.А., Окунев А.Ю., Пуринь В.И. //Здравоохран. Российской Федерации. – 2008. – № 2. – С. 10-12.
3. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: уч. пособие /Лисицын Ю.П., Полунина Н.В., Отдельнова К.А. и др. /под ред. Лисицына Ю.П. – М., 1999. – 698 с.
4. Доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Кемеровской области в 2006 году и задачах по совершенствованию организации и повышению качества оказания медицинской помощи населению области на 2007 год. – Кемерово: Сибформс, 2007. – 126 с.
5. Отраслевая программа «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации на 2004-2010 годы». – М., 2004.
6. Показатели здравоохранения области 2005-2007 гг. – Кемерово: Сибформс, 2008. – 90 с.



УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ ИСКУССТВЕННОЕ СЕРДЦЕ

Искусственное сердце, которое бьется, как настоящее, будет имплантировано пациенту через три года. Если экспериментальная операция пройдет успешно, в 2013 году имплантат начнет использоваться как полноценная альтернатива настоящему сердцу при трансплантации.

Орган, в котором для регулировки ритма биения и кровотока используются электронные сенсоры, был создан главным французским кардиохирургом Аленом Карпентьером и инженерами Airbus. Аппарат покрыт псевдокожей из биосинтетических материалов. Инвесторы проекта заявили, что данный аппарат максимально приближен по всем своим характеристикам к человеческому сердцу. "Если вы покажете кардиограмму этого сердца кардиологу, он скажет вам, что это кардиограмма человеческого сердца", – сказал профессор Карпентьер.

По его словам, искусственные сенсоры позволяют автоматически регулировать скорость биения сердца в зависимости от поведения пациента. Так, например, во время ходьбы ритм будет наращиваться, а в состоянии покоя – сокращаться. Из-за дефицита донорских органов ежегодно от сердечных недугов умирают десятки тысяч людей. В планах создателей искусственного сердца – имплантация органа 20 тысячам человек по всему миру каждый год.

Источник: Gzt.ru

Н.И. Тарасов, Е.А. Вострикова, А.А. Марцияш
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ВНЕДРЕНИЮ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

В жестких экономических условиях настоящего времени актуален поиск эффективных организационных форм работы. В центре внимания приоритетного национального проекта «Здоровье» – усиление первичного звена медицинской помощи, повышение доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения. В том числе и на догоспитальном этапе, где от качества решения диагностических и лечебных мероприятий зачастую зависит жизнь пациента. В этой связи профессиональная подготовка врачей, оказывающих первую медицинскую помощь – правильная постановка диагноза, оценка тяжести состояния пациента, грамотная тактика неотложной терапии, является в настоящее время чрезвычайно актуальной и социально значимой задачей.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, догоспитальный этап, профессиональная подготовка.

N.I. Tarasov, E.A. Vostrikova, A.A. Martziyash
FIRST LINK PHISICIANS TRAINING IMPROVEMENT TO INNOVATION TECHNIQUES
INTRODUCTION TO CARDIOLOGAL PATIENTS MEDICAL CARE PRACTICE

Today effective organizational work forms searching is a very actual in strict economical conditions. Priority National project «Zdorovie» is focused on primary link reinforcement of medical care, rise of availability of high technological methods of diagnostics and treatment. Also on pre-admission stage, where the life of a patient depends on the quality of diagnostic and medical activity decision. In this connection professional training of physicians who give first aid – correct diagnosing, heaviness assessment patient condition, competent urgent treatment approach, is a very actual and socially important problem today.

Key words: rehabilitation, physical activity.

Работа учреждений здравоохранения в условиях значительного ограничения финансовых ресурсов является не только вынужденной ре-

альностью последнего десятилетия, но и важным фактором, стимулирующим поиск эффективных организационных форм работы. В настоящее время смертность в России значительно превышает европейские показатели, а общая продолжительность жизни на 12-13 лет меньше, по сравнению с Финляндией и США [1].

Одними из основных причин дезинтеграции в отечественной системе здравоохранения явились: медленное внедрение современных медицинских технологий; снижение квалификации медицинского персонала в

Корреспонденцию адресовать:

Тарасов Николай Иванович, д.м.н., проф.,
зав. каф. подготовки врачей первичного звена
здравоохранения и скорой медицинской помощи
ФППС ГОУ ВПО «КемГМА»
г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а
Тел.: раб. (3842) 64-45-98; дом. (3842) 61-94-90

первичном звене; снижение у медицинских работников мотивации к улучшению показателей работы и систематическому повышению квалификации; отсутствие должного внимания к подготовке кадров (первичного звена — участковых терапевтов, врачей общей практики, врачей скорой помощи); недостаточная координация всех служб в отрасли здравоохранения. Анализ зарубежного опыта работы врачей общей практики показывает, что более 80 % прикрепленного контингента находится у них под диспансерным наблюдением, что способствует снижению уровня госпитализации до 30 %, уменьшению обращаемости в службу скорой и неотложной помощи до 20-40 % [2].

Первым этапом преобразований в здравоохранении стал Национальный проект «Здоровье». В центре его внимания — усиление первичного звена медицинской помощи, повышение доступности высоко технологичных методов диагностики и лечения. Назрела острая необходимость интеграции современных научных достижений и практики. Качество оказания медицинской помощи зависит от многих факторов, и первый из них — это подготовка профессионального специалиста. Формирование такого врача сегодня является для нашей страны ключевой задачей [1].

Эпидемиологические и статистические данные свидетельствуют о том, что лидирующее место по заболеваемости и смертности по-прежнему занимает сердечно-сосудистые заболевания. Появление новых технологий диагностики и лечения, стандартизация подходов коснулись в основном стационарной помощи, в то время как догоспитальный этап, от которого зачастую зависит судьба пациента, оказался в сфере внимания в меньшей степени. В структуре обращений за медицинской помощью среди всех нозологических форм неизменно наиболее высокий уровень занимают вызовы к больным с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Данные отечественной литературы свидетельствуют о том, что врачи первичного звена придают недостаточное значение лечению и профилактике ишемической болезни сердца, однако более высокий уровень образования врача, в том числе постдипломного, ассоциируется с более качественным лечением [3]. В этой связи профессиональная подготовка врачей, оказывающих первую медицинскую помощь — правильная постановка диагноза, оценка тяжести состояния пациента, грамотная тактика неотложной терапии, является в настоящее время чрезвычайно актуальной и социально значимой задачей.

При переходе на стандартизированные методы диагностики и лечения основные трудности возникают не при их разработке, а при внедрении в работу каждого врача в отдельности [4]. В современных условиях большого поступления медицинской информации образование врача не может быть полноценным только за счет организованных форм обучения в виде курсов повышения квалификации 1 раз в 5 лет. Важнейшим способом повышения уровня подготовки специалистов первичного звена является непрерывное образование [3].

Современное оснащение станций скорой помощи в рамках Национального проекта «Здоровье», создание материально-технической базы высокого уровня должно соответствовать профессиональному уровню кадров. Организация при медицинских ВУЗах факультетов и кафедр постдипломной подготовки «Врачей первичного звена и скорой медицинской помощи» должно способствовать интеграции науки и практики, привлечению практических врачей к исследовательской и аналитической работе, повышению их квалификации. Вместе с тем, до настоящего времени нет модели постдипломного обучения врачей первичного звена и скорой медицинской помощи.

Цель — создать и внедрить в практику обучения врачей первичного звена обучающие программы, основанные на современных технологиях догоспитальной диагностики и лечения неотложных кардиологических состояний.

Задачи:

1. Провести анализ причин недостаточной эффективности первичной диагностики и оказания медицинской помощи кардиологическим больным по данным статистики на основании результатов деятельности догоспитальной службы с использованием анкетирования врачей первичного звена и пациентов.
2. Разработать анкеты (опросники) для врачей первичного звена и скорой медицинской помощи, включающие вопросы, касающиеся профессиональных, демографических, образовательных данных обучающегося врача, наличия у него профессиональных интересов, его отношение к клиническим рекомендациям, готовность врача к самостоятельному профессиональному совершенствованию и применению полученных знаний на практике и т.д. (около 30 вопросов).
3. Определить основные объективные и субъективные факторы, влияющие на эффективность ранней, своевременной диагностики и лечения кардиологических больных врачами первичного звена.
4. Разработать тактику постдипломного обучения врачей первичного звена современным технологиям оказания помощи больным и внедрению их в повседневную практику.
5. Обучить врачей скорой помощи тактике взаимодействия догоспитального и госпитального этапов оказания медицинской помощи кардиологическим больным с использованием мобильной телефонной и электронной связи.
6. Обосновать целесообразность научно-исследовательского и клинического подходов к проблеме догоспитальной помощи кардиологическим больным на основе проведения анализа собственных результатов деятельности службы скорой медицинской помощи не менее чем за 1 год после внедрения обучающих программ с использованием инновационных технологий.
7. Создать регистр острого инфаркта миокарда с привлечением врачей скорой помощи, участковых терапевтов, врачей стационаров.

8. Провести оценку внедрения обучающих программ на основании анализа твердых конечных точек: исходов заболевания, повторных госпитализаций, продолжительности стационарного лечения и общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.
9. Представить проект реализации программ постдипломной подготовки и повышения квалификации врачей первичного звена с обоснованием финансовых затрат и экономической эффективности внедрения здоровьесберегающих технологий.
6. Конференции, семинары, клинические разборы для обучающихся в стационарах, располагающих высокими технологиями.
7. Телефонные консультации для практикующих врачей в случае возникновения сложных тактических, диагностических, лечебных ситуаций врачами стационаров, преподавателями кафедры подготовки врачей первичного звена.
8. Круглосуточные консультации для пациентов врачами консультативного отдела станции скорой медицинской помощи.
9. Создание отдела информации с использованием электронной связи между станцией скорой помощи, поликлиниками и стационарами города с количественными и качественными данными о пациентах на всех этапах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За основу обучающих программ приняты современные отечественные, зарубежные руководства и рекомендации оказания догоспитальной помощи кардиологическим больным с адаптацией к организации здравоохранения Кузбасса, материально-технической базе станции скорой медицинской помощи, поликлиник и сети стационаров, оказывающих неотложную, диагностическую и лечебную помощь. При реализации обучающих программ руководствовались принципами: доступности информации для восприятия; идеологии актуальности, клинической и социальной значимости профессионализма врача первичного звена; роли и престижности врача первичного звена; возможности практического использования полученной информации; необходимости профессионального самосовершенствования.

В план постдипломного обучения включено 50 врачей-интернов скорой медицинской помощи, более 100 участковых терапевтов со стажем работы более 3-х лет, 6 аспирантов, 20 клинических ординаторов и 30 врачей общей практики с продолжительностью курса непрерывного обучения от 1 до 5 мес. по программе неотложной кардиологии.

Методы:

1. Анкетирование врачей перед началом обучения и завершения курса с обозначением основных проблем и трудностей внедрения высоко технологичной помощи больным.
2. Компьютерное тестирование профессиональных знаний обучающихся в начале курса и по его окончании.
3. Индивидуальное тематическое собеседование с оценкой основных клинических и практических навыков обучаемых перед началом и по окончании курса.
4. Определение конкретных задач и цели курса обучения, включая индивидуальную исследовательскую работу по проблеме догоспитальной медицинской помощи, имеющую научно-практическое значение, обобщенную в виде публикаций, докладов, диссертаций.
5. Лекции, сообщения и доклады, основанные на современных данных и собственных наблюдениях.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

От эффективности использования постоянных обучающих программ постдипломного образования следует ожидать динамику снижения догоспитальной, госпитальной и общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Кузбассе, которые являются основными показателями [5, 6, 7]. Наиболее вероятно сокращение времени от начала заболевания до обращения к врачу, при необходимости — до момента госпитализации больных с острыми формами сердечно-сосудистых заболеваний [8, 9, 10]. При адекватной, высоко квалифицированной догоспитальной помощи можно добиться повышения эффективности «работы» стационарной койки: сокращения пребывания больных в стационаре без ущерба для здоровья пациентов и увеличения среднего оборота койки, что приведет к уменьшению финансовых затрат, связанных с длительностью дорогостоящего стационарного лечения [11, 12]. Применение современных высоко технологичных методов ранней диагностики и лечения позволит снизить частоту повторных госпитализаций, требующих дополнительных финансовых вложений и повторных вызовов скорой помощи, при стоимости одного вызова 359 рублей [13, 14, 15].

Организация обучающих программ и аттестация на рабочих местах позволит сократить финансовые затраты на командировочные расходы врачей. Реализация программ будет способствовать не только повышению профессионального мастерства, сближению науки и практики, но и получению новых данных о возможностях догоспитальной диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, прогнозированию исходов, профилактики осложнений [16].

Можно надеяться, что проведенные мероприятия по совершенствованию деятельности врачей первичного звена позволят улучшить показатели состояния здоровья населения Кузбасса, однако для достоверной оценки эффективности влияния на эти показатели требуется длительный (не менее 3-5 лет) период наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по скорой медицинской помощи /Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Верткин А.Л., Хубутия М.Ш. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 816 с.
2. Денисов, И.Н. Первичная медико-санитарная помощь: проблемы совершенствования /Денисов И.Н. //Лекции для практикующих врачей: Человек и лекарство: 13-й Рос. нац. конгр. – М., 2006. – 34-45 с.
3. Отношение участковых терапевтов к проблеме вторичной профилактики ишемической болезни сердца (по результатам специального опроса). /Аронов Д.М., Ахмеджанов Н.М., Соколова О.Ю. и др. //Кардиология. – 2006. – Т. 46, № 8. – 18-25 с.
4. Лезебник, Л.Б. Опыт внедрения стандартов медикаментозного лечения в практику интерниста /Лезебник Л.Б., Гайнулин Ш.М., Дроздов В.Н. //Лекции для практикующих врачей: Человек и лекарство: 13-й Рос. нац. конгр. – М., 2004. – 198-203 с.
5. Тарасов, Н.И. Догоспитальная дифференцированная терапия гипертонических кризов /Тарасов Н.И., Юркин Е.П. //Неотложные состояния при сердечно-сосудистых заболеваниях: Матер. всерос. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 20.
6. Тарасов, Н.И. Оптимизация неотложной терапии острого инфаркта миокарда в условиях специализированных бригад скорой медицинской помощи /Тарасов Н.И., Кривонос Д.С., Землянухин Э.П. //Актуальные проблемы сердечно-сосудистой патологии: Матер. регион. науч.-практ. конф. – Кемерово, 2006. – С. 36.
7. Тарасов, Н.И. Гипертонические кризы в практике терапевта и врача скорой помощи: метод. реком. /Тарасов Н.И., Кривонос Д.С., Землянухин Э.П. – Кемерово, 2006. – С. 37.
8. Тарасов, Н.И. Диагностика, прогнозирование осложнений и лечение инфаркта миокарда: учебное пособие /Тарасов Н.И., Коков А.Н., Кривонос Д.С. – Кемерово, 2006. – 334 с.
9. Тарасов, Н.И. Пути оптимизации работы скорой помощи /Тарасов Н.И., Землянухин Э.П., Вострикова Е.А. //Человек и лекарство: XIV Рос. нац. конгр.: Сб. тез. и матер. – М., 2007. – С. 646.
10. Тарасов, Н.И. Возможности повышения эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST комбинацией с клопидогрилом бисульфатом и аспирином на догоспитальном этапе /Тарасов Н.И., Кривонос Д.С. //Сиб. мед. журнал. – 2007. – Т. 22, № 2. – С. 107-113.
11. Тарасов, Н.И. Совершенствование организации догоспитального лечения больных артериальной гипертензией /Тарасов Н.И., Кривонос Д.С., Землянухин Э.П. //Приоритетный национальный проект «Здоровье»: Сб. тез. и матер. науч.-практ. конф. «Мединтекс». – Кемерово, 2007. – С. 202.
12. Тарасов, Н.И. Достижения и перспективы скорой медицинской помощи в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» /Тарасов Н.И., Землянухин Э.П., Вострикова Е.А. //Приоритетный национальный проект «Здоровье»: Сб. тез. и матер. науч.-практ. конф. «Мединтекс». – Кемерово, 2007. – С. 206.
13. Тарасов, Н.И. Немедикаментозные методы в реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на постгоспитальном этапе: Метод. реком. /Тарасов Н.И., Марцияш А.А., Вострикова Е.А. – Кемерово, 2006. – С. 25.
14. Тарасов, Н.И. Физические и психологические аспекты реабилитации больных после инфаркта миокарда: метод. реком. /Тарасов Н.И., Кривонос Д.С., Лебедева Н.Б. – Кемерово, 2006. – 41 с.
15. Тарасов, Н.И. Перспективы развития сотрудничества кафедр медицинской академии и станции скорой медицинской помощи г. Кемерово /Тарасов Н.И., Землянухин Э.П., Вавилова В.П. //Приоритетный национальный проект «Здоровье»: Сб. тез. и матер. науч.-практ. конф. «Мединтекс». – Кемерово, 2007. – С. 208.
16. Тарасов, Н.И. Шок в практике врача первичного звена и скорой помощи: учебное пособие /Тарасов Н.И., Кривонос Д.С., Нестеров Ю.И. – Кемерово, 2006. – 88 с.

А.П. Торгунаков, Ю.И. Кривов, Г.П. Красильников

Кемеровская государственная медицинская академия,

Кафедра общей хирургии,

г. Кемерово

50-ЛЕТИЕ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ КемГМА

Изложены история становления и развития кафедры общей хирургии Кемеровской государственной медицинской академии, итоги учебно-методической, научно-исследовательской и лечебной работы за 50-летний период.

Ключевые слова: кафедра общей хирургии, юбилей, история, учебная, научная и лечебная работа.

A.P. Torgunakov, Y.I. Krivov, G.P. Krasilnikov

THE 50th ANNIVERSARY OF COMMON SURGERY DEPARTMENT OF KemsMA

The history of formation and development of Common Surgery Department of Kemerovo State Medical Academy, the results of tutorial and methodical, scientifically- researching and curing work are exposed.

Key words: common surgery department, Anniversary, history, tutorial, scientific and curing work.

Кафедра общей хирургии — это первая хирургическая кафедра Кемеровской государственной медицинской академии. Она была организована на базе 40-коечного хирургического отделения ГБ № 2 г. Кемерово в августе 1958 года. Основателем кафедры стал профессор Григорий Михайлович Шуляк (1898-1967) — участник Великой Отечественной войны, хирург высшей категории, прекрасный научный работник, всесторонне образованный и высококультурный человек. Шуляк Г.М. руководил кафедрой до 1963 года. В эти годы проходило становление кафедры. Первыми преподавателями кафедры были доцент Беляев Степан Васильевич (ректор института), К.С. Богомольная, М.Я. Баландина, Б.М. Клячкин.

В октябре 1958 года началось чтение лекций и проведение практических занятий со студентами единственного в то время лечебного факультета. Сотрудниками кафедры была проведена большая подготовительная работа по оснащению учебного процесса (составление методических указаний к практическим занятиям, подготовка таблиц, учебных пособий и т.д.). Кафедра вначале располагала только одной учебной комнатой, затем постепенно расширялась.

После отъезда Г.М. Шуляка в Ленинград по семейным обстоятельствам кафедрой руководили мно-

гие видные ученые. С 1963 по 1965 год кафедру возглавлял доктор медицинских наук, профессор Симеон Никонович Муратов, окончивший Красноярский медицинский институт в 1951 году.

В период с 1966 по 1968 год кафедрой руководил профессор Теодор Израилевич Шраер — опытный хирург-клиницист, владеющий широким диапазоном сложных хирургических операций на органах брюшной и грудной полостей. Под его руководством начато изучение проблемы длительной компрессионной травмы. В 1968 году он приступил к руководству кафедрой факультетской хирургии.

С 1968 по 1969 год заведование кафедрой было передано кандидату медицинских наук, доценту Поповой Вере Михайловне.

Последующие пять лет (с 1969 по 1974 год) кафедру возглавляла профессор Вера Николаевна Смылова — высококвалифицированный общий и торакальный хирург, прошедшая клиническую школу академика Н.М. Амосова. В 1974 году Вера Николаевна вернулась в Киев.

Затем, с 1974 по 1979 год кафедрой заведовал профессор Гаджиев Абдурахман Сейфутдинович. В этот период в клинике значительно расширился диапазон операций на органах брюшной полости, в травматологии и урологии. При его активном участии было открыто отделение реанимации.

С 1980 года кафедру возглавил выпускник Кемеровской государственной медицинской академии профессор Торгунаков Аркадий Петрович, который и поныне руководит кафедрой. Он работал в участковой, районной и областной больницах, овладел общехирургическими операциями, а также операци-

Корреспонденцию адресовать:

Торгунаков Аркадий Петрович, д.м.н., проф., зав. каф. общей хирургии ГОУ ВПО «КемГМА» г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а
Тел.: раб. (3842) 62-06-95, 62-06-63;
дом. (3842) 53-15-96

ями в области эндокринной и сосудистой хирургии. При его участии расширилась лечебно-диагностическая база клиники: открыты ожоговое, урологическое, эндоскопическое отделения и отделение УЗД, бароцентр в составе реанимационного отделения.

За прошедшие годы преподавательский состав кафедры постоянно обновлялся. Сотрудниками кафедры были многие высоко квалифицированные специалисты: В.М. Попова, А.Г. Кутепов, Г.Н. Перфильев, А.Н. Уткина, Ю.С. Кузьмин, Г.Е. Короткевич, В.П. Доценко, Г.В. Шильников, А.Л. Кричевский, В.И. Савельев, Б.Я. Гаусман, Г.Я. Босов, Н.В. Голубева, А.Н. Легчило, Р.А. Байбулатов, В.Г. Богданов, В.И. Петелин, А.Г. Мухордов, И.М. Окунев, В.Н. Пономарев, Ю.В. Богданов, С.В. Иванов, А.Р. Комков, О.А. Краснов, Г.Я. Кутихин, Н.Н. Кузнецова, А.В. Шидловский, А.Б. Старцев.

За последние годы коллектив кафедры стабилизировался и состоит из врачей, прошедших большую школу практической работы, окончивших клиническую ординатуру или аспирантуру: зав. кафедрой, профессор А.П. Торгунаков (с 1980 г.), профессор кафедры Ю.И. Кривов (с 1967 г.), доценты: к.м.н. В.И. Рудаев (с 1979 г.), к.м.н. Г.П. Красильников (с 1983 г.), к.м.н. В.В. Володин (с 1985 г.), ассистенты: к.м.н. А.А. Сашко (с 1993 г.), О.А. Куприенко (с 1995 г.), к.м.н. Е.Е. Шерстенникова (с 1998 г.).

Торгунаков А.П. — зав. кафедрой, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН. В 1972 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Глюкокортикоидная активность коры надпочечников и связь ее с некоторыми клиническими проявлениями», а в 1983 году — докторскую диссертацию на тему «Портализация надпочечниковой и почечной крови в хирургическом лечении стабильной артериальной гипертензии». Автор 4 монографий, 257 печатных работ, 9 изобретений, 40 рационализаторских предложений и 8 методических рекомендаций.

Кривов Ю.И. — доктор медицинских наук, профессор кафедры. В 1972 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Последовательная новокаиновая блокада в лечении гнойных и инфицированных ран», а в 1998 году — докторскую диссертацию на тему «Левосторонняя портализация надпочечниковой и почечной крови в хирургическом лечении хронического гепатита». Автор 80 печатных работ, одной монографии, 16 рационализаторских предложений и одного изобретения. Куратор реанимационного отделения.

Рудаев В.И. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры. В 1983 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Подготовка конечности с длительной аноксией к реплантации». Автор 6 монографий, 105 печатных работ, 7 изобретений, 11 рационализаторских предложений и 7 методических рекомендаций. Куратор травматологического отделения.

Красильников Г.П. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры. В 1988 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Влияние активных методов детоксикации травмированной конечности

на функции почек в комплексном лечении тяжелой компрессионной травмы мягких тканей». Автор 3 монографий, 109 печатных работ, одного изобретения, 14 рационализаторских предложений и 10 методических рекомендаций. Куратор урологического отделения.

Володин В.В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры. В 1989 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Сравнительная оценка оперативных доступов к внепеченочным желчным путям. Обоснование нового доступа». Автор 50 печатных работ, одного изобретения, трех рационализаторских предложений и двух методических рекомендаций. Куратор хирургического отделения

Сашко А.А. — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры. В 2002 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Выбор мини-доступа при холецистэктомии». Автор 26 печатных работ и трех рационализаторских предложений. Сотрудник хирургического отделения.

Куприенко О.А. — ассистент кафедры, работает над темой кандидатской диссертации «Влияние перфторана на прогноз и предупреждение тяжелых реперфузионных осложнений в раннем периоде отморожений». Автор 11 печатных работ. Сотрудница отделения термотравмы.

Шерстенникова Е.Е. — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры. В 1986 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Влияние нарушений дуоденальной проходимости на результаты операции СПВ у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки». Автор 32 печатных работ, одного рационализаторского предложения и одной методической рекомендации. Сотрудница хирургического отделения.

Учебный процесс на кафедре постоянно совершенствовался. В период заведования кафедрой профессором В.Н. Смысловой по ряду тем был внедрен тестовый контроль знаний студентов на практических занятиях. Было составлено два варианта тестовых заданий и для экзамена. Каждый вариант включал 100 вопросов. Экзамен на факультете проводился в один день. По результатам ответов выставлялась оценка.

В период заведования кафедрой профессором А.С. Гаджиевым применялась блочная система контроля знаний студентов. Вся программа общей хирургии подразделялась на 5 блоков. За сдачу каждого блока выставлялась оценка, затем вычислялся средний бал и он учитывался при сдаче экзамена, который проходил традиционно, по трем вопросам.

В восьмидесятые годы в проведение экзамена были внедрены ситуационные задачи. Они входили третьим вопросом в экзаменационный билет. В последние годы, по инициативе профессора А.П. Торгунакова, коллективом кафедры была разработана и внедрена рейтинговая система контроля знаний студентов. Сущность ее изложена в методических рекомендациях «Рейтинговая система контроля знаний студентов», изданных в нашей академии (1995).

Работа со студентами по рейтинговой системе за последние 5 лет показала, что она стимулирует сту-

дентов к систематическим занятиям, а поэтапность контроля (сдача предмета по определенным блокам программы) облегчает задачу обучающегося по полному освоению программы предмета. Объективный контроль по оценке знаний исключает конфликты со студентами, т.к. письменные ответы позволяют осуществить перепроверку («что написано пером, не вырубить топором»), это повышает и ответственность преподавателей по оценке знаний студентов.

В настоящее время в учебный процесс внедрены тестовые задания, которые позволяют на практических занятиях в короткое время определить готовность каждого студента и в целом всей группы по той или иной теме практического занятия.

Ежегодно на кафедре обучаются по соответствующей программе 2-3 клинических ординатора и несколько интернов.

С увеличением лечебных подразделений клиники учебный процесс постоянно совершенствовался, значительно расширилась площадь кафедры, на сегодня она составляет 240 м². Число учебных комнат доведено до шести, что вполне удовлетворяет потребности учебного процесса. На кафедре обучаются студенты всех факультетов академии. Для этого имеются все условия: соответствующие подразделения клиники, учебные помещения, конференц-зал, методические пособия, слайды, таблицы, проекционная аппаратура, соответствующие учебные руководства по общей хирургии.

Анализируя учебную работу на кафедре с момента ее создания и до настоящего времени, можно отметить, что подход к учебному процессу всегда был творческий, постоянно совершенствовался в направлении стимуляции студентов к изучению предмета, повышению уровня знаний и объективной экзаменационной оценки.

За прошедшие годы клиника общей хирургии из небольшого хирургического отделения превратилась в мощное многопрофильное подразделение больницы — ГБ № 2 (главный врач Чернобай Н.А.). Работа с администрацией больницы проходит согласованно, в постоянном контакте. Ежедневно сотрудники кафедры (профессор Торгунаков А.П., профессор Кривов Ю.И.) совместно с администрацией больницы (зам. главного врача по хирургии Пархоменко И.С.) проводят обходы в реанимационном отделении и утренние конференции с отчетом дежурных врачей, решаются все лечебно-тактические вопросы. По понедельникам проводятся общие обходы во всех подразделениях клиники. Сотрудники кафедры распределены по всем подразделениям клиники в качестве кураторов, оказывают необходимую консультативную помощь.

За истекший период на базе клиники было открыто несколько отделений: в 1962 году — травматологическое, в 1978 году — реанимационно-анестезиологическое, в 1982 году — отделение термотравмы, в 1987 году — урологическое, в 1991 году — кабинет УЗД (С.А. Торгунаков), в последующем реорганизованный в отделение УЗД, в 1995 году — эндоскопическое отделение. В настоящее время отделения

клиники возглавляют высоко квалифицированные специалисты: хирургическим отделением заведует И.С. Пархоменко, травматологическим — к.м.н., доктор медико-технических наук А.Р. Комков, отделением термотравмы — Е.М. Альтшулер, урологическим — Е.В. Помешкин, эндоскопическим — В.В. Волженин, реанимационно-анестезиологическим — Д.В. Касьянов, отделением УЗД — к.м.н. Н.В. Краснова.

В этих отделениях клиники больным оказываются высоко квалифицированная помощь с использованием новейших технологий и методов лечения. В хирургическом отделении операции выполняются не только традиционными способами, но и с использованием эндоскопической техники, УЗИ, разрабатываются мини-доступы. Это позволяет проводить операции в короткое время, менее травматично и почти бескровно.

В травматологическом отделении для лечения больных используются компрессионно-дистракционные аппараты, металлоостеосинтез по Ключевскому, накостный металлоостеосинтез конструкциями типа «АО», стержневые аппараты внешней фиксации, металлоостеосинтез с памятью формы, эндопротезирование суставов, артроскопические операции и др.

В отделении термотравмы лечатся больные с ожогами и отморожениями. В практику лечения внедрены многие достижения отечественной и зарубежной комбустиологии: флюидирующие кровати для тяжелых больных, аэротерапевтические установки, ранние некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой, реконструктивно-восстановительные операции с использованием лоскутов с осевым кровообращением, тканевая дермотензия, внедрены методы гравитационной хирургии.

В урологическом отделении в лечении больных также используются новые технологии: уретеролитоэкстракция, пункция кист почек под контролем УЗИ, чрескожная пункционная нефростомия, операции с ретроперитонеоскопом, трансуретральные резекции опухоли мочевого пузыря и аденомы простаты, литотрипсия камней мочеточника и мочевого пузыря.

Эндоскопическое отделение клиники оснащено совершенной эндоскопической аппаратурой, позволяющей применять современные методы диагностики и лечения: эндоскопическое лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки, остановку гастродуоденальных кровотечений, лапароскопическую микролецистостому и дренирование брюшной полости, панкреатохолангиографию и папиллосфинктеротомию и др.

Работа анестезиолого-реанимационного отделения проходила также с постепенным наращиванием опыта и методов обезболивания: от проводниковых и регионарных анестезий до эндотрахеальных наркозов с нейролептаналгезией и ИВЛ. При травме грудной клетки внедрены субплевральные блокады. Были освоены современные анестетики и миорелаксанты. Организован кабинет экстракорпоральных методов детоксикации, оснащенный для проведения гемосорбции, плазмафереза, ксеносорбции, ультрафильтрации крови, УФО и внутривенного лазерного облучения крови. Отделение располагает современной

наркозной и дыхательной аппаратурой, имеется баро-зал на две барокамеры.

С самого начала организации кафедры общей хирургии ее сотрудники активно занимались научно-исследовательской работой. Первым направлением научных исследований было внутрикостное введение лекарственных веществ при различных хирургических заболеваниях, которое разрабатывалось под руководством профессора Г.М. Шуляк. В последующем по этой теме успешно защищены кандидатские диссертации К.С. Богомольной (в лечении тромбозов) и А.Г. Кутеповым (в лечении воспаления коленного сустава), а первый аспирант кафедры А.Н. Уткина завершила свою научную работу по лечению аппендикулярных инфильтратов внутрикостными новокаин-антибиотическими блокадами с написанием монографии по этому вопросу.

С приходом на заведование кафедрой профессора С.Н. Муратова работа над применением новокаиновых блокад была продолжена, при этом использовался феномен пролонгации лекарственных веществ, введенных в зону новокаиновой инфильтрации. Кривовым Ю.И. была проведена клинично-экспериментальная работа по лечению инфицированных и гнойных ран последовательной новокаиновой блокадой, а в 1972 году защищена кандидатская диссертация. Аспирант Ю.Г. Перевертов защитил кандидатскую диссертацию по применению последовательных каротидагосимпатических блокад при черепно-мозговой травме (1970 г.).

С 1965 года в клинике под руководством профессора Т.И. Шраера начато изучение различных аспектов синдрома длительного раздавливания, создана межкафедральная экспериментальная лаборатория. Впоследствии по этой проблеме успешно защищены докторская диссертация А.Л. Кричевским (1975 г.), кандидатские диссертации Г.Е. Короткевичем (1972 г.), В.И. Рудаевым (1983 г.), Г.П. Красильниковым (1987 г.).

В последующий период сотрудники кафедры продолжали научную работу по изучению различных вопросов неотложной хирургии, травматологии и гастроэнтерологии.

С приходом на заведование кафедрой А.П. Торгунакова (1980 г.) научно-исследовательская работа сотрудников была направлена, в основном, на изучение возможности порталлизации надпочечниковой и почечной крови в лечении хронического гепатита. Это новое направление, которое еще никем не изучалось. Разработке этого направления способствовала защита А.П. Торгунаковым докторской диссертации (1982 г.) по лечению стабильной артериальной гипертензии путем проведения разработанной им операции левостороннего ренопортального венозного анастомоза, в результате чего происходит порталлизация надпочечниковой и почечной крови. Хирургическое лечение хронического гепатита к этому времени практически еще не разрабатывалось, поэтому сначала была проведена теоретическая проработка этой темы, установлен ряд положительных механизмов патогенетического воздействия портал-

зации надпочечниковой и почечной крови на течение хронического гепатита. Сложная, многолетняя работа сотрудников кафедры по хирургическому лечению хронического гепатита путем проведения операции левостороннего ренопортального венозного анастомоза позволила Ю.И. Кривову успешно защитить докторскую диссертацию (1998 г.). Кузнецова Н.Н. защитила кандидатскую диссертацию по влиянию порталлизации надпочечниковой и почечной крови на состояние желудка и двенадцатиперстной кишки у больных хроническим гепатитом (2000 г.), а Старцев А.Б. защитил кандидатскую диссертацию по сравнительной оценке различных операций на функцию печени (2004 г.). Из этой проблемы выделилось новое направление — возможность применения порталлизации надпочечниковой и почечной крови в лечении сахарного диабета. Были разработаны и другие варианты операций по лечению этого заболевания. По этому вопросу С.А. Торгунаков успешно защитил кандидатскую диссертацию (2000 г.).

Наряду с проблемой порталлизации, велась научно-исследовательская работа по вопросам абдоминальной хирургии. В результате этих исследований были защищены кандидатские диссертации по доступам к внепеченочным желчным путям (Володин В.В., 1989; Сашко А.А., 2002), по хирургической тактике при простом аппендиците (Подтяжкина Т.А., 2002). По материалам клиники Р.Ш. Байбулатовым защищена докторская диссертация по проблеме тупой травмы живота (2004 г.), А.Р. Комковым защищена кандидатская диссертация по лечению переломов позвонков (2001 г.).

За время существования кафедры ее сотрудники, совместно с практическими врачами, опубликовали около 700 статей в центральной и местной печати, разработано 15 изобретений и 172 рационализаторских предложений. Вышли в свет девять монографий: «Псевдофеохромцитомы» (1990), «Ренопортальный венозный анастомоз» (1992), «Аппендицит — болезнь адаптации» (1997) — эти работы написаны А.П. Торгунаковым; «Подготовка конечности к реплантации» (1993), «Компрессионная травма конечности» (1995), «Прогноз и предупреждение осложнений ишемической травмы на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайных ситуаций» (1997), «Ишемическая травма конечности» (1999), «Организация медицинской помощи тяжелопораженным шахтерам при взрывах и завалах в угольных шахтах Кузбасса» (2002) — эти работы написаны с участием В.И. Рудаева и Г.П. Красильникова. Монография «Левосторонний ренопортальный венозный анастомоз в лечении хронического гепатита» (2007) написана А.П. Торгунаковым, Ю.И. Кривовым и С.А. Торгунаковым.

В настоящее время научно-исследовательская работа на кафедре продолжается, завершает работу над докторской диссертацией доцент В.И. Рудаев, ведется работа над докторской диссертацией доцентом В.В. Володиным, запланирована кандидатская диссертация ассистентом О.А. Куприенко. Завершается работа над кандидатскими диссертациями аспирантами К.С. Радивилко и В.А. Вирвич. На кафедре

выпущено 14 методических рекомендаций для студентов и практических врачей.

На кафедре, со дня ее основания, функционирует студенческий научный кружок. За весь период его работы проведено более 300 заседаний. Лучшие доклады студентов представлялись на итоговые научные конференции СНО, где они нередко занимали призовые места, а сами студенты в последующем стали учеными, защитив кандидатские и докторские диссертации (Короткевич А.Г. — д.м.н., профессор; Торгунаков С.А. — подготовлена докторская диссертация; Лайтенберг В. — д.м.н. и др.).

Анализируя научно-исследовательскую работу кафедры можно отметить, что за период своего существования кафедра стала активным центром научных исследований и подготовки кадров.

Коллектив кафедры общей хирургии встречает торжественную дату 50-летия со дня организации кафедры с оптимизмом, на творческом подъеме, постоянно совершенствуя учебный процесс, активно занимаясь научно-исследовательской работой, повышая свою профессиональную квалификацию, и полон надежд, что труд преподавателей будет оценен по достоинству.



АМЕРИКАНСКИЕ БИОЛОГИ ОТКРЫЛИ В ВИШНЕ ПОЛЕЗНЫЕ ДЛЯ СЕРДЦА СВОЙСТВА

Вишневое варенье и вареники с вишней – оказывается, это не только любимые всеми лакомства, но и поддержка сердечного здоровья, а также защита от артрита и подагры. Ученые выяснили, что повышенное потребление вишни в любом виде – свежие, мороженные, сушеные ягоды, сок, компот или варенье – позволит уменьшить риск сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме понижения уровня холестерина в крови и снятия воспаления, ягода позволяла сокращать жиры в теле и избавляться от лишнего веса. В исследовании Мичиганского университета (США) лабораторных крыс, имеющих ожирение и сердечные проблемы, кормили большим количеством вишни. По окончании 12-недельного эксперимента биологи заметили у животных 14-процентное уменьшение брюшного жира – один из основных факторов сердечно-сосудистого воспаления, и 11-процентное уменьшение холестерина.

Кроме того, антиокислительные свойства вишни помогли запретить действие двух маркеров сердечного воспаления – на 40 % удалось предотвратить активность маркера TNF-альфа и на 31 % – интерлейкина-6. Прямой противовоспалительный эффект вишни был зафиксирован именно на этих двух генетических соединениях. Вишня содержит мощные антиоксиданты под названием антоцианины, которые придают ягоде ее яркий, богатый красно-бордовый цвет. Именно эти вещества могут обеспечить сердечную защиту и, в том числе, облегчить боль от артрита и подагры, заключают кардиологи.

Источник: Ami-tass.ru

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ: РАЗРАБОТКА, ПРОИЗВОДСТВО, НОВАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ



Время, в которое мы живем, называют прорывом в области высоких технологий. В медицинской диагностике тенденции направлены на повышение ее информативности, точности, выявление болезни на ранней стадии. И в этом смысле возможности МР-томографии многогранны: она является одним из наиболее эффективных методов обследования, позволяющим рассматривать внутренние органы человека слой за слоем, в любом сечении, не оказывая вредного воздействия на пациента и врача.

Направление МР-томографии как наиболее прогрессивный метод диагностики активно развивается в нашей стране во многом благодаря разработкам Научно-производственной фирмы «Аз», которая целенаправленно занимается этим 20 лет.

В 1990 г. коллектив ученых и специалистов создал первый российский МР-томограф «Образ-1», а уже через год был налажен серийный выпуск этого аппарата, разработанного с учетом эксплуатации в России. С тех пор в больницы России и стран СНГ поставлено более 80 МР-томографов (один из них 13 лет успешно работает в Дорожной больнице на ст. Кемерово; однако нужно заметить, что он достаточно сильно физически изношен), разработан модельный ряд томографов, организовано сервисное обслуживание, создан Медицинский диагностический центр МР-томографии.

Рассказывает Главный врач Диагностического центра МР-томографии НПФ «Аз», к.м.н. Е.В. ГРИГОРЬЕВА:

Даже самый современный диагностический прибор — это инструмент, основным же звеном в диагностике является доктор, способный квалифицированно оценить полученную информацию и выдать необходимое заключение. Подготовку таких специалистов также взяла на себя фирма «Аз».

Было создано образовательное учреждение НОУ «Учебный центр повышения квалификации «Аз», где по специальной программе ведется подготовка врачей и лаборантов МР-томографии. Расскажу как строится наш обучающий процесс.

Занятия включают лекции по основным заболеваниям центральной нервной системы, крупных суставов, органов малого таза. Отдельное внимание уделяется исследованиям в педиатрии. Большое количество часов отводится практическим занятиям с демонстрацией видеоматериалов по МР-томографии. Также проводятся практические занятия на рабочем месте (МР-томографе), во время которых у курсантов есть возможность провести МР-исследование и написать протокол заключения под контролем опытного преподавателя. Так выглядит программа курса:

1. Введение, физико-технические основы МРТ.
2. Абсолютные и относительные противопоказания для проведения МРТ-исследований.
3. МРТ-головного мозга.
4. МРТ-позвоночника и спинного мозга.
5. МРТ-костно-суставного аппарата.
6. МР-диагностика заболеваний органов малого таза.
7. МР-диагностика заболеваний органов мошонки.

Хочу заметить, что с учетом постоянного развития метода МРТ и внедрения в клиническую практику новых методик исследования, обновляется и наша программа обучения.

Для более полного изучения предлагаемых тем предлагается специальная методическая литература: атлас «Магнитно-резонансная томография головного мозга. Нормальная анатомия», «Магнитно-резонансная томография поврежденных коленного сустава» и «Магнитно-резонансная томография в урологии».

Занятия проводят ведущие специалисты данной области диагностики: профессора авторитетных клиник г. Москвы, кандидаты медицинских наук, врачи высшей категории с большим опытом практической работы.

К нам приезжают специалисты со всей России, из стран СНГ, из Казахстана, Белоруссии, Прибалтики.

Цикл по изучению основных принципов магнитно-резонансной диагностики рассчитан на четыре недели, по окончании выдается свидетельство о повышении квалификации по магнитно-резонансной томографии государственного образца.

В заключении хотелось бы сказать, что мы с большим удовольствием готовы делиться с приезжающими к нам коллегами своими знаниями и накопленным многолетним опытом в этой области, что, несомненно, поможет им повысить профессиональный уровень и ускорить выздоровление своих пациентов.

(лицензия А N 281800, рег. N 023311, свидетельство о государственной аккредитации: серия 77 N 000211, рег. N 0211).

ЗАО НПФ "Аз"
(499) 163-25-13, факс (495) 165-28-91.
www.az-mri.com

По вопросам обучения обращаться:
тел: (499) 166-34-00.

Продолжение темы следует...



Отзыв одного из врачей-рентгенологов больницы Свердловской области, прошедшего курс обучения:

«Лекционный цикл понравился, особенно темы по объемным образованиям головы, суставам, патологии почек и органов м/таза. Хотелось бы в лекциях по инсультам услышать бассейны кровоснабжения, возможно, что-нибудь связать с клиникой. Курс по физике дали очень полно, доступным языком, воспринимается легко. Хотелось бы выделить организационные вопросы, все здорово, большое спасибо!»



ИЗ НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ В КЕМЕРОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ НАУЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ БИБЛИОТЕКУ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Барбараш, Л.С. Инновационная модель организации специализированной помощи при болезнях системы кровообращения /Л.С. Барбараш, Г.В. Артамонова и С.А. Макаров. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2008. – 166 с. (Шифр ОНМБ 614.2 Б 24).
2. Камаев, И.А. Правовые основы предпринимательства. Особенности предпринимательства в здравоохранении: уч.-метод. пособие /И.А. Камаев, Л.Н. Коптева, Н.А. Иорданская. – Н. Новгород: НГМА, 2008. – 88 с. (Шифр ОНМБ 614.2:338(075) К18).
3. Кишкун, А.А. Лабораторные информационные системы и экономические аспекты деятельности лаборатории: [руководство] /А.А. Кишкун, А.Л. Гузовский. – М.: Лабора, 2007. – 256 с. (Шифр ОНМБ 616-074/078(035) К46).
4. Оснащение медицинским оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений /под ред. В.П. Чуднова. – М., 2008. – 104 с. – (Б-ка гл. врача; №3-2008). (Шифр ОНМБ 615.47 О-75).

МЕДИЦИНСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ

5. Анищук, А.А. Эндоскопия – взгляд изнутри: пособие для практикующих врачей /А.А. Анищук. – М.: МИА, 2008. – 240 с. (Шифр ОНМБ 616-072.1(075) А 67).
6. Дергачев, А.И. Атлас клинических ультразвуковых исследований желчевыводящей системы до и после лапароскопической холецистэктомии /А.И. Дергачев, А.Р. Бродский. – М.: Триада-Х, 2008. – 176 с. (Шифр ОНМБ 616.366-089.87 Д 36).
7. Лучевая диагностика заболеваний печени (МРТ, КТ, УЗИ, ОФЭКТ и ПЭТ): [руководство] /под ред. Г.Е. Труфанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 264 с. (Шифр ОНМБ 616.36-073.75 Л87).
8. Рентгенологический атлас заболеваний и повреждений мочевых органов: руководство для врачей /Г.Е. Труфанов, С.Б. Петров, В.В. Рязанов и др. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2007. – 336 с. (Шифр ОНМБ 616.6-073.75 Р 39).
9. Рыбакова, М.К. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография /М.К. Рыбакова, М.Н. Алехин, В.В. Митьков. – М.: Видар, 2008. – 512 с. (Шифр ОНМБ 616-073.432.19 Р 93).
10. Труфанов, Г.Е. Лучевая диагностика опухолей головного мозга. (Атлас КТ и МРТ-изображений): руководство для врачей /Г.Е. Труфанов, Т.Е. Рамешвили. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2007. – 326 с. (Шифр ОНМБ 616.831-006-073 Т 80).
11. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы /В.П. Харченко, П.М. Котляров, М.С. Могутов и др. – М.: Видар, 2007. – 232 с. (Шифр ОНМБ 616.441-073 У 51).

ОНКОЛОГИЯ

12. Ковригина, А.М. Лимфома Ходжкина и крупноклеточные лимфомы /А.М. Ковригина, Н.А. Пробатова. – М.: МИА, 2007. – 216 с. (Шифр ОНМБ 616-006.441 К56).
13. Практическая онкогинекология: избранные лекции /под ред. А.Ф. Урманчевой, С.А. Тюляндина, В.М. Моисеенко. – СПб.: Центр ТОММ, 2008. – 400 с. (Шифр ОНМБ 618.1-006 П69).
14. Предрак и рак женских наружных половых органов. Принципы лечения /А.Г. Солопова, А.Д. Макацария, А.Е. Иванов, А.Г. Маландин. – М.: МИА, 2007. – 72 с. (Шифр ОНМБ 618.16-006(035) П-71).

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ. КАРДИОЛОГИЯ

15. Ангиология и сосудистая хирургия. 2001-2006 гг. [Электронный ресурс]. – М., 2007. – Эл. опт. диск (CD-ROM). (Шифр ОНМБ 616.13/14-089 А64).
16. Гуревич, М.А. Хроническая сердечная недостаточность: руководство для врачей /М.А. Гуревич. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Практ. медицина, 2008. – 414 с. (Шифр ОНМБ 616.12-008 Г95).
17. Кардиология: руководство для врачей /под ред. Н.Б. Перепеча, С.И. Рябова. – СПб.: СпецЛит, 2008 – Том 1. – 607 с.; Том 2. – 432 с. (Шифр ОНМБ 616.1(035) К21).
18. Латфуллин, И.А. Неотложная кардиология: практ. руководство /И.А. Латфуллин, Р.И. Ахмерова, З. Ф. Ким. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 104 с. (Шифр ОНМБ 616.12-083.98 Л27).
19. Поздняков, Ю.М. Практическая кардиология /Ю.М. Поздняков, В.Б. Красницкий. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: БИНОМ, 2007. – 776 с. (Шифр ОНМБ 616.12 П47).

ГЕМАТОЛОГИЯ

20. Андерсон, Шона К. Атлас гематологии /Ш.К. Андерсон, К.Б. Поулсен. – М.: Логосфера, 2007. – 608 с. (Шифр ОНМБ 616.15(084.4) А65)
21. Гематология: руководство для врачей /под ред. Н.Н. Мамаева, С.И. Рябова. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 543 с. (Шифр ОНМБ 616.15(035) Г33).
22. Заболотских, И.Б. Диагностика и коррекция расстройств системы гемостаза: руководство для врачей /И.Б. Заболотских, С.В. Синьков, С.А. Шапошников. – М.: Практ. медицина, 2008. – 333 с. (Шифр ОНМБ 616.151.5 З-12).

НЕВРОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

23. Коханов, В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций (Теория и практика) /В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практ. медицина, 2008. – 448 с. (Шифр ОНМБ 616.89 К75).
24. Трошин, В.Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика /В.Д. Трошин. – М.: МИА, 2007. – 784 с. (Шифр ОНМБ 616-003.96 Т76).

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

25. Медицинская вирусология: руководство /под ред. Д.К. Львова. – М.: МИА, 2008. – 656 с. (Шифр ОНМБ 616.9(035) М42).
26. Черкасский, Б.Л. Глобальная эпидемиология /Б.Л. Черкасский. – М.: Практ. медицина, 2008. – 447 с. (Шифр ОНМБ 616-036.22 Ч-48).

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

27. Нестеров, А.П. Глаукома /А.П. Нестеров. – 2-е изд., перераб. – М.: МИА, 2008. – 360 с. (Шифр ОНМБ 617.7-007.681 Н56).
28. Профилактика миопии в школьные годы /В.В. Захаренков, В.И. Савеных, И.С. Янец, А.Ю. Россошанский. – Новокузнецк, 2007. – 73 с. (Шифр ОНМБ 617.753.2 П84).

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

✉ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонемнт),
52-71-91 (информ.-библиогр. отдел); Факс (8-342) 52-19-91;

E-mail: medibibl@kuzdrav.ru
http://www.kuzdrav.ru/medlib
☎ 8-18; суббота – 9-17; выходной день – воскресенье.