



ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В МЕДИЦИНЕ

Материалы 40-й научно-практической конференции врачей,
посвященной 65-летию образования Курганской области

И Н Н О В А Ц И О Н Н Ы Е П Р О Ц Е С С Ы В М Е Д И Ц И Н Е

Курганский
государственный
университет



редакционно-издательский
центр
43-38-36

**ПРАВИТЕЛЬСТВО КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОУ ВПО «КУРГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В МЕДИЦИНЕ

**40-Я НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ, ПОСВЯЩЕННАЯ 65 – ЛЕТИЮ
ОБРАЗОВАНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

КУРГАН 2008

УДК 61

И 66

И 66 Инновационные процессы в медицине: 40-я научно-практ. конф., посв.
65-летию Курганской обл.: тез. докладов. - Курган: Изд-во Курганского
гос. ун-та, 2008. -114 с.

Редколлегия

В.А. Дюльдин – доктор медицинских наук, отв. редактор;
Ю.Б. Чинарев – кандидат медицинских наук, зам. отв. редактора;
А.П. Кузнецов – доктор биологических наук;
В.И. Ручкин – доктор медицинских наук;
В.В. Плотников – доктор медицинских наук;
В.Ф. Чернов – кандидат медицинских наук

ISBN 978-5-86328-907-6

© Курганский
государственный
университет, 2008
© Авторы, 2008

ПРИВЕТСТВИЕ

Губернатора Курганской области О. А. Богомолова
в буклет тезисов к научно-практической конференции врачей «Иновационные процессы в медицине», посвященной 65-летию образования Курганской области

28 мая 2008 г.

В истории Курганской области наступила знаменательная дата - 65-летие со дня ее образования. Это дает нам повод оглянуться назад, чтобы подвести некоторые итоги, и наметить планы на будущее.

Вместе со становлением области происходило развитие системы здравоохранения. В годы Великой Отечественной войны значительная часть лечебных учреждений была пере-профилирована под тыловые госпитали и инфекционные больницы, а в оставшихся основное внимание уделялось обслуживанию рабочих и служащих эвакуированных оборонных предприятий, стариков и детей.

В послевоенные годы в нашей области работали такие легендарные врачи, как академик Гавриил Абрамович Илизаров - родоначальник совершенно нового направления в травматологии и ортопедии, профессор Яков Давидович Витебский – врач-хирург, стоявший у истоков создания специализированной помощи по онкологии, детской хирургии, фтизиатрии.

Развитие и внедрение инновационных технологий в практическое здравоохранение в настоящее время является одним из приоритетных направлений в медицине для решения задач сохранения и улучшения здоровья, увеличения продолжительности жизни граждан, повышения рождаемости и снижения смертности.

За последние десять лет органами управления здравоохранения и учреждения много сделано по работе в условиях обязательного медицинского страхования, по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Сегодня в государственной и муниципальной системе здравоохранения работают 2080 врачей и 9164 средних медицинских работника. Это мощный интеллектуальный потенциал. В области трудятся 5 докторов и 27 кандидатов медицинских наук.

От имени Правительства области, от себя лично поздравляю участников 40-й научно-практической конференции врачей, посвященной 65-летию образования Курганской области, желаю больших творческих успехов и достижений на благо здоровья зауральцев.

Губернатор Курганской области

О. А. Богомолов

I. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Скляр Е.И.

Главное управление здравоохранения Курганской области

Президентом РФ В.В. Путиным в Посланиях Федеральному собранию РФ неоднократно подчеркивалось, что «...главная цель модернизации российского здравоохранения – повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны... Региональным властям, органам местного самоуправления необходимо системно работать над модернизацией... и эффективно использовать уже имеющиеся здесь значительные ресурсы...»

Значительные ассигнования в здравоохранение в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения улучшают материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения и материальное положение медицинских работников. Такие финансовые средства позволяют рассчитывать на реальное повышение качества и объемов оказания медицинской помощи населению, но в перспективе. Практически же за короткий период реально повысить доступность медицинской и лекарственной помощи при адекватной организации медицинской помощи.

На территории Курганской области путем совместной работы органов исполнительной и законодательной власти всех уровней, учреждений здравоохранения обеспечено оказание населению бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, решаются задачи совершенствования организации медицинской помощи. Только тщательный медицинский и экономический анализ деятельности учреждений здравоохранения, основанный на объективных показателях, позволит эффективно использовать финансовые и трудовые ресурсы здравоохранения во благо здоровья населения.

Основными направлениями развития системы здравоохранения Курганской области являются: обеспечение прав граждан на охрану здоровья, повышение доступности и качества медицинской помощи населению; кадровая политика в здравоохранении; организационные, управленические и финансово-экономические механизмы повышения структурной эффективности системы здравоохранения; улучшение материально - технической базы учреждений здравоохранения. Для реализации поставленных задач необходимо обеспечить развитие управления отношениями в системе здравоохранения на основе соглашений о сотрудничестве в сфере здравоохранения Курганской области с администрациями муниципальных образований и межведомственного взаимодействия; совершенствование орга-

низации и качества оказания специализированной медицинской помощи; внедрение информационных технологий и стандартизации; создание эффективной системы финансирования здравоохранения; внедрение отраслевой системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конкретный результат; внедрение механизмов инновационного развития.

В современном здравоохранении значительно возросла роль и значимость главных врачей учреждений здравоохранения как управленцев: умение правильно организовать работу, как медицинского персонала, так и учреждения в целом. Если организацией оказания медицинской помощи не управлять, то она развивается по законам затратной экономики. Перед руководителями муниципальных органов и учреждений здравоохранения Курганской области стоят следующие задачи: выполнение мероприятий по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»; оптимизация оказываемой медицинской помощи (увеличение объемов и совершенствование структуры первичной медико-санитарной помощи и её профилактической направленности; совершенствование структуры скорой медицинской помощи; эффективная реструктуризация стационарной помощи; дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий); развитие системы лекарственного обеспечения населения; внедрение экономически эффективных механизмов организации медицинской помощи; реализация информационных программ с использованием средств массовой информации, информационно-рекламных технологий, привлечение общественных организаций в целях формирования у населения здорового образа жизни.

Решить все проблемы, накопившиеся в здравоохранении за последние годы, возможно только на основе системного подхода к здравоохранению в целом.

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ЗАУРАЛЬЯ: ПО СТРАНИЦАМ ПУБЛИКАЦИЙ

Жевлакова Л.С., Васильева Т.В.

Государственное учреждение «Курганская областная научная медицинская библиотека», г. Курган

История организации медицинской помощи в Зауралье в дореволюционный период тесно связана с историей самого края, который развивался как аграрная колония царской России. Медицинская помощь здесь возникла гораздо позже, чем в Центральной России.

В дореволюционное время на нынешней территории Курганской области размещались два уезда: Курганский и Шадринский. Курганский уезд входил в состав Тобольской, а Шадринский – в состав Пермской губернии. Часть юго-западных районов входила в Челябинский уезд Оренбургской губернии.

Первые упоминания о направлении врачей в Зауралье встречаются в документах за 1719 год. Это были

военные лекари. До этого здоровье жителей было в руках бабок-знахарок.

В 1818 году курганская администрация обратилась в Тобольское губернское правление за разрешением на покупку помещения под больницу. Так открылась первая гражданская больница на 10 коек. Вначале все больные с различными диагнозами должны были лежать вместе. В 1823 году был выстроен флигель – «зазорный барак» на 6 коек. Потом – баня, в которой кроме больных мылись и арестанты, а в 1832 году - и ледник для хранения мертвых тел. На содержание больницы из городского бюджета ежегодно выделялось 500 рублей.

В 1843 году городам, в которых были гражданские больницы, предлагалось изыскать по 15 рублей серебром и выписать медицинские книги и «Врачебный журнал» с тем, чтобы «книги и журналы, которыми будут снажены врачи от Министерства, оставались собственностью города и хранились в самой больнице». По Тобольской губернии больницы имелись в Тюмени, Кургане, Ишиме и Петропавловске, и все захотели иметь медицинскую литературу.

В 1867 году городовое управление признало, что оставлять больницу в старом обветшалом здании небезопасно, и решило нанять временные квартиры, куда больные и были переведены. Временные помещения стоили очень дорого, хозяева просили по 4 рубля в месяц. Городовое хозяйственное управление изыскало 5 тысяч рублей и купило под больницу дом у Никодима Васильевича Баландовича, бывшего окружного врача, занявшегося к этому времени частной практикой. В нем устроили 4 палаты - воспалительная, лихорадочная, венерическая и глазная. А также было выделено отдельное помещение под библиотеку, которая уже насчитывала более 100 томов. На новую территорию больницы перенесли ледник и анатомическую залу, соорудили сторожку. Но и этого помещения было недостаточно, да к тому же дом ветшал и требовал ремонта. Поэтому городская Дума постановила строить большую каменную больницу. Строительство велось неполных три года, и 11 октября 1883 года Дума постановила переместить больницу. Крестьяне соседних сел приняли решение взять на себя содержание в городской больнице 5 кроватей, чтобы иметь возможность там лечиться. Больница начала работать, комплектовалось оборудование, по каталогам из столицы были выписаны необходимые инструменты и медикаменты. Строительство между тем продолжалось. Во дворе возводился деревянный флигель под квартиру врача, шли отделочные работы в домовой больничной церкви в честь Святого целителя Пантелеимона. Для уездного городка это помещение было на редкость просторным, а место удачным - тихое, спокойное.

5 марта 1884 года в присутствии тобольского гражданского губернатора Владимира Андреевича Лысогорского прошло освящение храма и больницы. В больнице было уже 60 коек. С полной нагрузкой работали один врач и три фельдшера. Больница излечивала ежегодно 1216 человек.

В 1886 году во время летней эпидемии даже новое

двухэтажное здание больницы не могло вместить всех стражущих. Пришлось в больничном саду ставить парусиновые палатки. В 1892-1893 годах во время эпидемии тифа и холеры на окраине города были устроены особые холерные бараки. Из городской больницы туда доставлялись необходимые медикаменты, а также белье, одежда, обувь, обеды. На борьбу с холерой в Курган прибыли молодые врачи. Один из них - Павел Александрович Гречанин, выпускник Императорского московского университета, приехал в Курган по собственному прошению. В процессе лечения больных он заразился сыпным тифом и умер.

В эти холерные годы возник вопрос о выселении больницы в другое помещение из-за обязательств горуправы перед военным ведомством. Денег у города на строительство обещанных ранее каменных казарм не было. Пришлось пожертвовать новой больницей. В июле 1896 года переселение состоялось. И только в 1943 году больницу вернули назад, но уже в другом статусе – областной больницы.

Второй по величине в Кургане была сельская лечебница. Ее называли «крестьянской» даже после того, как в советское время она превратилась в инфекционную, а потом в одно из отделений противотуберкулезного диспансера. Курганский сельский врач Петр Павлович Успенский, долгое время заведовавший этой больницей, в письме к министру земледелия и государственных имуществ указывал на то, что утвержденные в 1889 году сельские врачи не могут оказать систематической и существенной помощи крестьянам без больницы. Под руководством П.П.Успенского было создано глазное отделение, построены новые корпуса, озеленялась территория. С декабря 1927 года в городской больнице (тогда ее называли окружной) было открыто глазное отделение на 20 кроватей, и его заведующим был П.П.Успенский.

Были в Кургане и больницы специального назначения: тюремная и духовного училища, а также два приемных покоя – один на станции «Курган», другой на зaimке Дмитрия Ивановича Смолина.

Амбулаторной помощи в Зауралье не было до середины XIX века. Затем она проводилась исключительно в порядке частной практики.

С 1863 года по инициативе передовых врачей стали открываться лечебницы для приходящих больных, что стало началом оказания бесплатной амбулаторной врачебной помощи.

В Кургане такую амбулаторию открыл ссыльный революционер, врач Ницонт Иванович Долгополов (1857-1922гг.), прибывший в Курган весной 1881 года. Амбулатория работала ежедневно с 9-ти утра до 2-х часов дня. К доктору приезжали из самых удаленных сел и даже городов.

Большой вклад в развитие земской медицины в Шадринском уезде внесли врачи В.О.Португалов, И.И.Молессон, Д.И.Бороздич, А.А.Тимофеев, И.О.Калашникова, Р.А.Егоровская.

Ссыльный революционер, врач Вениамин Осипович Португалов (1835-1896гг.) работал в Шадринске городским, горнозаводским санитарным врачом с 1863

года. Им была разработана программа деятельности санитарных врачей и высказана мысль о необходимости их специальной подготовки. В феврале 1873 году в город Шадринск на должность земского санитарного врача прибыл Иван Иванович Моллесон. В Шадринском уезде впервые в России было создана уездная санитарная организация, а Моллесон стал первым в России не только губернским, но и уездным санитарным врачом. По предложению Моллесона был создан Врачебный совет, который стал распорядительным органом по руководству медицинским делом в уезде. Это стало большим событием для всей русской медицинской общественности. Благодаря И.И. Моллесону в Шадринском земском уезде на 20-25 лет раньше, чем в соседнем Курганском уезде, была организована медицинская помощь сельскому населению.

Наиболее рациональные формы организации стационарно-больничной помощи и медицинской деятельности описала Раиса Александровна Егоровская (1878-1943гг.) Ее книга «Земская медицина в Шадринском уезде Пермской губернии с 1870-1910г. Краткий очерк ее развития» была издана в 1912 году.

В Далматово с 16 декабря 1883 года работал Александр Андреевич Тимофеев. Он блестяще окончил Казанский университет и был оставлен при кафедре медицины, но отказался от карьеры ученого. При его непосредственном участии была открыта больница - лучшее медицинское учреждение в уезде. С 1895 года в Шадринской городской больнице А.А.Тимофеев прославился как великолепный хирург, проводя сложнейшие гинекологические, общехирургические, глазные операции.

Из трех форм медицинского обслуживания населения, существовавших в Зауралье (сельская казенная – во всей Тобольской губернии, земская – в Шадринском уезде Пермской губернии, переселенческая – на путях следования переселенцев и в местах их расселения), самой отсталой и рутинной была казенная медицина. Более прогрессивной и оперативной была переселенческая медицина, которая, однако, в силу своей структуры мало влияла на состояние медицинской помощи в крае. Более эффективной была деятельность земской медицины.

В сельской местности больниц до 90-х годов XIX столетия вовсе не было. «В случае повальных болезней крестьяне безропотно ждали своей печальной участи, молились, обращались к знахарям («знатцам») или спасались бегством». «Сельская врачебная часть» с участковой больницей и фельдшерскими пунктами стала создаваться только в конце XIX столетия. Ведущая роль в развитии медицинской помощи сельскому населению в Курганском уезде принадлежит врачам П.П.Успенскому, Л.Ф. Линевичу, А.И.Головко, И.Т. Исаеву, П.А. Гречанину.

Беспрерывное, массовое, плохо организованное и плохо регулируемое аграрное переселение в сочетании с массовой уголовной и политической ссылкой создавали в Зауралье неблагоприятную санитарно-эпидемиологическую обстановку, исключительно высокую заболеваемость и смертность населения. Ежегод-

но регистрировались десятки тысяч случаев натуральной оспы, сибирской язвы, холеры, тифов, сифилиса, туберкулеза, трахомы. В 1915 году в Кургане на 1000 человек приходилось чахоточных – 9,3; сифилитиков – 7,3; больных чесоткой – 3,7; трахомой – 11,2. В то же время больничная сеть была убогой, врачей и среднего медицинского персонала было мало, санитарно-противоэпидемиологической организации не было.

Строительство промышленных предприятий на Урале в 20-х годах XX века способствовало подъему здравоохранения. Медицинские учреждения стали создаваться при предприятиях, зафиксирован рост врачебных кадров. Снизилась заболеваемость паразитарными тифами, натуральной оспой, малярией.

В 1933-1937 годы в Зауралье (оно находилось в составе Уральской области) наметился сдвиг в развитии сельского здравоохранения. В каждом районе на территории нынешней Курганской области была районная больница на 30-50 коек, а в 10 районах было по две и больше больниц. Именно в этот период построено большое количество больничных зданий в сельской местности, открыто много больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений, родильных домов и отделений, детских яслей. К 40-му году количество больничных коек выросло до 3200, обеспеченность ими населения на 10 000 человек достигла 33,0. Численность врачей увеличилась до 196 человек и в расчете на 10 000 населения составила 2,9. Обеспеченность населения больничными койками выросла в 5-6 раз, а обеспеченность врачами – в 6-7 раз. Ликвидирована массовая инфекционная заболеваемость.

В годы Великой Отечественной войны значительная часть лечебных учреждений была перепрофилирована под тыловые госпитали и инфекционные больницы, а в оставшихся основное внимание было уделено обслуживанию рабочих и служащих эвакуированных оборонных предприятий, а также стариков и детей.

КУРГАНСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 20-Х ГОДОВ ХХ ВЕКА

Васильева А.М.

Государственное учреждение «Курганский областной краеведческий музей», г. Курган

К моменту октябрьского переворота 1917г. в городе было две больницы - городская и сельская лечебница на Битетке, среди населения называвшаяся «крестьянской». Были небольшие больнички при тюремном замке и при духовном училище, два приемных покоя - на станции Курган, против вокзала, и на заимке Дм. Ив. Смолина. В городе работало несколько частных врачебных кабинетов. Во время перехода власти от белых к красным и наоборот 1 августа 1918г. курганский уездный комиссар объявил, что все медицинские работники - врачи, фельдшеры, провизоры, фармацевты, ветеринары - должны встать на учет. Многие из них были мобилизованы в белую армию и с ней ушли на восток, в том числе уездный врач Сергей Иванович Дьяконов и один

из лучших врачей города Петр Павлович Успенский. В 1922г. Дьяконов прислал в курганский горисполком заявление: «Будучи эвакуирован в августе 1919г.,... я остановился в городе Богоявленске Томской губернии, состоя на службе при больнице и врачом-экспертом. В настоящее время я освободился от службы, должен и намерен возвратиться в Курган или уезд. Я получал дважды, в 1920 и 1921гг. сообщения из курганского уездного здравотдела с предложением получить должность врача, но не мог выехать... В настоящее время перед выездом в Курган обращаюсь в курганский горисполком с ходатайством ... вернуть дом мой с землею...» Дома всех уехавших врачей были реквизированы.

Курганский здравотдел обратился к П.П.Успенскому, осевшему в Томске и служившему там в больнице, с просьбой вернуться и занять место врача в 1-й Советской больнице. Он вернулся и оказался бездомным. Ему отдали дом на улице Свободы (Куйбышева), 8, жалованья ему положили по 16 разряду в сумме 36 рублей основного оклада и 7 руб.20 коп. надбавки. В это время в городе было три больницы: 1-я Советская (быв. городская), которой заведовал Алексей Александрович Державин, 2-я Советская (быв. крестьянская), заведовала ею Аполлинария Иосифовна Голышева, выпускница медицинского факультета Томского университета, венеролог, 3-я Советская (детская), заведовала ею Зинаида Дмитриевна Еропкина. Она - дочь декабриста Дмитрия Иринарховича Завалишина, окончила с отличием медицинский институт в Петербурге по специальности женские и детские болезни, в Курган попала в годы гражданской войны с детской колонией, в которой она работала санитарным врачом. Она появилась в 1919г., когда почти все врачи были мобилизованы, и Зинаида Дмитриевна оказалась единственным дипломированным врачом. На ее плечи легла организация курганского советского здравоохранения. Она одновременно исполняла обязанности главного врача крестьянской больницы и возглавляла организованную ею детскую больницу, под которую отвели здание по улице Советской, 101, потом ее адрес менялся неоднократно. Кроме того, Еропкина была врачом коммунальных столовых помощи голодающим. 22 сентября 1919г. был организован уездный отдел здравоохранения, а при нем коллегия, председателем которой назначили Еропкину. Зинаида Дмитриевна вернулась в Ленинград в 1925г.

Основным лечебным учреждением была городская больница, помещавшаяся на территории современной больницы скорой помощи в шести деревянных бараках. В двух бараках было хирургическое отделение, в двух - терапевтическое, в одном - родильное и в последнем - заразно-венерическое. В 1925г. 1-я Советская (городская) больница получила статус окружной и 2-я Советская (крестьянская) больница стала ее заразным отделением. В августе 1925г. во дворе кинотеатра «Прогресс» был разобран деревянный амбар и перевезен на территорию окружной больницы, чтобы выстроить новый корпус. В каждом отделении было по одному врачу. Здания были уже старыми, требовали капитального ремонта, белья не хватало, не было вентиляции, водопровода и канализации. Питание скучное, в 1927г.

оно было рассчитано на 28,5 копеек койко-день (1400 кал.), что не отвечало средней калорийности, а сверху поступило предложение снизить нормы на основные продукты - сахар, мясо, крупы, масло, что заставило бы больных голодать. Горсовет на снижение норм не согласился.

В 1928г. больница уже не могла удовлетворять запросы населения в стационарном лечении. Площадь всех зданий позволяла разместить 135 коек, а развернуто было 200: в хирургическом отделении – 45, в терапевтическом – 40, гинекологическом – 25, родильном – 25, венерическом – 30. В больнице был еще психиатр, с решетками на окнах, в нем днем дежурили один санитар и одна сиделка, на ночь оставался один санитар. Заразное отделение объединяло самые разные инфекции, включая брюшной тиф и дизентерию. В окружной больнице было три высококвалифицированных врача - терапевт, хирург, глазник. Тяжелых больных с другими видами заболеваний отправляли в Свердловск. Встал вопрос о строительстве новой больницы. В январе 1930г. выбирали место. Остановились на двух вариантах: 1. Расширить существующую территорию, присоединив к ней квартал, где расположена тюрьма (Советская-Горького-Красина-Кирова), перекрыв улицу Всевобуча (Горького), тюрьму выселить на окраину города. 2. Занять участок в конце улицы Вокзальной (К.Мяготина), рядом со старым кладбищем. Здания возводить вне черты кладбища, на котором разбить сад-парк. В 1929г. на строительство больницы было отпущено 43,5 тыс. руб. Но оба варианта не были претворены в жизнь.

Городская больница славилась своим хирургическим отделением, в котором А.А.Державин проводил разнообразные операции. Газета «Красный Курган» писала 29 марта 1924г.: «Курганским доктором Державиным проведена уникальная операция по омоложению 64-летнего Е.А.Александрова (перевязка и перерезка семявыводящего яичника). После чего больной стал ходить без палки, лицо сделалось полнее, появилась бодрость». К апрелю 1930г. хирургическим отделением городской больницы за 7 лет его существования было пропущено 6867 больных. Смертность составила только 6%. Ближайшими помощниками Державина были доктора Березин, Пухов, Пантеровский. Отделение имело 50 коек, и очередь на операции расписывалась на два месяца вперед. 10 ноября 1932г. общественность отмечала 10-летие работы Державина в горбольнице, а в ноябре 1937г. Державин был объявлен врагом народа и только П.П.Успенский встал на его защиту. Державин был расстрелян, Успенский – осужден на 6 лет и выслан из Кургана. Им были проведены сотни разных глазных операций, и до осуждения Павел Петрович заведовал глазным отделением городской больницы и в связи с отсутствием окулиста в поликлинике вел в ней приемы по глазным болезням. По истечении сокращенного срока он вернулся в Курган в 1942г., продолжил работу в больнице, где главврачом был уже молодой Я.Д.Витебский. 8 июня 1944г. Успенский умер прямо в больнице, на рабочем месте.

Кроме больницы в городе существовали три амбу-

латории. 15 декабря 1923г. во дворе 1-й Советской больницы была открыта амбулатория по специальностям, в которой прием вели врачи этой больницы. Там работали хирург А.А.Державин, терапевт Сергей Смирнов, гинеколог Александра Никифоровна Пухова, дерматолог-венеролог Алексей Иванович Великанов (умер в 1941г. на служебном посту), детские врачи В.И.Левина и Александр Поликарпович Мещеряков, фельдшеры Татьяна Николаевна Державина, Любовь Борисовна Грейман, Емельян Иванович Новолодский. Были еще 1-я и 2-я амбулатории. 1-я сначала разместилась на улице Советской, в бывшем доме И.Андреева, потом ее перевели в двухэтажный особняк красного кирпича на углу Рабочего и Центральной (Комсомольская - Горького). Заведовал амбулаторией Павел Михайлович Исаев, уроженец Латвии, специалист по внутренним болезням. Он получал персональный оклад 125 руб. в месяц. 28 декабря 1927г. на этом посту его заменил Н.Т.Андианов, врач 2-й амбулатории, а Исаев ушел на его место. Возможно, это было связано со здоровьем Исаева, который страдал врожденным пороком сердца. В 1-й амбулатории вели прием врачи-терапевты Н.А.Сыромятников, С.Н.Рысева, Н.Е. Великанова, зубные врачи Н.И.Тыжнова и М.А.Шагалова, зубной протезист Певзнер и зуботехник Жаворонков. Оклады врачей были от 80 до 110 рублей.

2-я амбулатория размещалась на улице Центральной (Горького), 130, в доме Данилушкина. Ею заведовала Антонина Алексеевна Папулова. Она начинала свою врачебную деятельность в Кургане еще до революции и была первой дипломированной женщиной - врачом в нашем городе. Ее оклад был 125 руб. в месяц. Вели прием терапевт Н.Т.Андриянов, потом Исаев, зубной врач Ольга Григорьевна Краснова, фельдшеры Вера Александровна Кашиева, Капиталина Матвеевна Сыромятникова, Цветинский. В 1928г. была открыта школьно-профилактическая амбулатория, в которой вели прием и выходили для осмотра детей в детских домах Надежда Емельяновна Великанова и Анастасия Петровна Исаева. Находилась амбулатория по улице Советской, 63, рядом с домом Розена.

Бичом города был туберкулез. С 15 апреля 1926г. при 2-й амбулатории был открыт туберкулезный диспансер, в декабре 1926г. при нем открыт ночной санаторий для взрослых на 30 коек с диетической столовой. Несколько позже был открыт костный детский туберкулезный санаторий. Диспансер и санатории располагали годовым бюджетом по 14-16 тыс. руб. Тем не менее, с осени 1928г. уже проводилось лечение туберкулеза искусственным пневмотораксом, туберкулином, кальцием, креозотным маслом и т.д. На повестке дня стояло приобретение кварцевой лампы, расширение детского санатория с 25 коек до 40-45 коек и устройство операционной. В тубдиспансере не было даже рентгеновского аппарата. Его закупили в 1926г. для окружной больницы, долго аппарат стоял в бездействии, только в июле рентгенкабинет был оборудован, и горздраву было предложено подыскать врача – рентгенолога и открыть кабинет. В апреле 1929г. газета «Красный Курган» писала: «За три года тубдиспансер сделал большие успехи. Ког-

да-то он помещался в одной комнаташке - сейчас это самостоятельное лечебное учреждение. В 1926г. тубдиспансер пропустил 887 человек, в 1927г.-4956, а в 1928г.- 9817 человек. При тубдиспансере имеется ночной санаторий, детский дневной санаторий и диагностическое отделение. Своя небольшая амбулатория. Помимо лечебной работы диспансер ведет профилактическую работу».

В городе работала санитарно-просветительная служба при окрздравотделе. Санитарными врачами были Василий Порфириевич Чернозатонский, Гита Григорьевна Неменова и Флеров, которого 16 ноября 1927г. на президиуме горсовета утвердили в должности заведующего горздравом по совместительству. Был еще санитарный фельдшер Яков Осипович Осипов. Чернозатонский был отправлен на 4-месячные курсы в Московский центральный бактериологический институт НКВД и Пастеровский институт. По его настоянию окрздравотдел в 1925г. приобрел химико-бактериологическую и санитарно-гигиеническую лаборатории, заведовать которыми был назначен Чернозатонский. Лаборатории занимались исследованием пищевых продуктов и питьевой воды. Серологическое отделение производило реакцию Вассермана, осадочные реакции, которые в совокупности с другими признаками давали возможность поставить точный диагноз сифилиса. За три года таких реакций было сделано 1528. Через пастеровский пункт за это же время прошло 706 человек, которым было сделано 10605 прививок против бешенства. Санпросом 6 сентября 1925г. было проведено карнавальное шествие, целью которого дать понятие о различных болезнях, в том числе о сифилисе и холере. В карнавале шли изображения этих болезней, изображения воды, воздуха, физкультуры. В сентябре 1929г. был организован Дом санитарного просвещения.

В 1929г. была введена медицинская помощь на дому и организована станция скорой помощи, хотя еще в декабре 1923г. при городской больнице было организовано Бюро скорой помощи. Оно обслуживалось тремя фельдшерами, которые за январь 1924г. сделали всего 65 выездов на дом - люди еще мало знали об этом бюро. Но это не было самостоятельное учреждение. В Кургане и уезде 2/3 венерических заболеваний приходилось на сифилис, в городе существовал даже детский венерический изолятор. В 1927г. уже открыт венерический диспансер для взрослых, который иногда даже в документах называли Домом сифилитиков. Заведовала им врач Ермилова, фельдшером была Анися Мамаева. В конце 1920-х гг. в Кургане было две больницы (городская и железнодорожная), туберкулезный и венерический диспансеры, три амбулатории, два зубоврачебных кабинета, санитарно-гигиеническая амбулатория, Дом ребенка, молочная кухня, женская консультация, детские ясли, три аптеки и оптово-базисный склад Уралметодтога.

АНАЛИЗ ПРЕДЬЯВЛЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ОПЛАТЕ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С РЕЗУЛЬТАТОМ «СМЕРТЬ» ЗА 2006 – 2007 ГОДЫ И АКТОВ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ЗАКЛЮЧЕНИЯМИ ВНУТРИВЕДОМСТВЕННОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

*Дёмина Т. В., Макарова И. Г., Поляков В. И., Штин Е. В.
Территориальный фонд обязательного медицинского
страхования Курганской области, г. Курган*

В соответствии с приказом Управления здравоохранения Курганской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования №414/238 от 14.09.2005г. «О дальнейшем совершенствовании контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Курганской области» случаи летальных исходов подлежат обязательному экспертному контролю. Экспертиза оказанной медицинской помощи проводится по законченным случаям оказания медицинской помощи по медицинской документации, в том числе по медико-технологическому листу (далее МТЛ), который служит основанием анализа деятельности медицинского учреждения. Результаты ведомственного контроля используются и сопоставляются с данными внедомственной экспертизы.

Общее количество летальных случаев, предъявленных учреждениями здравоохранения в реестрах медицинской помощи с 2005 года по 2007 год, выросло на 21,3%. В структуре случаев по видам медицинской помощи существенных изменений не отмечено. Летальные случаи при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов представлены в реестрах медицинской помощи стационара на дому, по МКБ-10 – это нетранспортабельные больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Максимальное количество летальных случаев в реестрах медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов представлено возрастной категорией от 50 до 79 лет, что связано с наиболее частой госпитализацией данной возрастной группы.

Данные анализа причин смерти по медико-технологическим листам, указанных в реестрах медицинской помощи, представленных учреждениями здравоохранения Курганской области, свидетельствуют, что на первом месте находятся болезни сердечно-сосудистой системы (38,8%), далее следуют травмы, отравления и последствия воздействия внешних причин (16,7%), третье место занимают болезни органов пищеварения (14,3%), а затем – новообразования (8,8%). Среди болезней сердечно-сосудистой системы как причины смерти пациентов доминируют: внутримозговые кровоизлияния, инфаркт мозга и инсульт (42,3%), далее следует острый инфаркт миокарда (25,2%), заболевания

артерий, вен и лимфатических сосудов (8,1%). По возрастному составу данные причины смерти пациентов чаще представлены в возрастной группе 70-79 и 60-69 лет. По половому признаку данные заболевания как причина смерти превалируют у мужского населения.

При анализе причин смерти пациентов по поводу травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин выяснено, что ведущее место занимают травмы головы и шеи (42,6%), их них преобладает внутричерепная травма.

21,1% среди причин смерти пациентов по данному классу занимают токсические действия веществ, преимущественно немедицинского назначения (чаще всего спирта не уточненного и других не уточненных веществ). Подавляющее большинство занимают мужчины возраста 40-49 лет.

Причины смерти по классу болезней органов пищеварения чаще всего представлены патологией печени (25,4%), в основном это фиброз и цирроз печени. Затем следуют язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (15,5%), а также острые сосудистые болезни кишечника (14,7%). Смерть от желудочно-кишечного кровотечения составляет 7,32%. По половому составу среди умерших от заболеваний желудочно-кишечного тракта незначительно превалируют мужчины, по возрасту ведущее место занимают пациенты 70-79 лет.

Смертность от новообразований заняла четвертое место (без учета амбулаторно-поликлинической помощи). По локализации процесса чаще всего представлены злокачественные новообразования органов пищеварения (38,5%), далее – злокачественные новообразования лимфоидной и кроветворной ткани (23,1%). Существенной разницы в классе новообразований по полу не отмечено. По возрасту равное количество пациентов представлено в возрастных группах 50-59 лет, 60-69 лет и 70-79 лет.

Более половины (73,3%) умерших детей не дожили до 1 месяца. Основной причиной смерти явились состояния, возникающие в перинатальный период, и врожденные аномалии развития.

По данным, представленным учреждениями здравоохранения в МТЛ с летальным исходом, потери населения происходят и по не совсем понятным причинам. Так, например, в классе заболеваний МКБ X M00-99 (Болезни костно-мышечной и соединительной ткани) присутствует диагноз «Адгезивный капсулит плеча». Вызывают сомнения случаи смерти лиц трудоспособного возраста без наличия сопутствующей патологии с диагнозами «Флегмона других отделов костей», «Цистит», «Уретрит», «Стриктура уретры», «Болезни бартолиновой железы», «Выпадение женских половых органов», «Носительство возбудителей других желудочно-кишечных инфекционных болезней» и «Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание или патологическое состояние».

В реестрах медицинской помощи учреждений здравоохранения за 2005 и 2006 годы присутствуют дублированные МТЛ с результатом госпитализации «смерть» на одного и того же пациента, то есть по медицинской документации человек умер дважды.

В соответствии с письмом ТФ ОМС Курганской области №2301 от 13.09.2005 года, на все случаи летальных исходов при лечении в амбулаторно-поликлинических условиях и всех видах стационарной помощи необходимо представлять вместе с реестром медицинской помощи заключение внутриведомственной экспертизы учреждения здравоохранения, которое оформляется в виде акта экспертной оценки качества медицинской помощи. В 2006 г. всего представлено 2887 актов, что составляет 68,3% от всех случаев летальных исходов, предъявленных учреждениями здравоохранения к оплате из средств обязательного медицинского страхования. В 2007 году представлено 3332 акта, что составляет 73% от всех случаев летальных исходов. 49,6% от общего количества проанализированных актов экспертной оценки качества медицинской помощи представлено по умершим пациентам в возрасте 60-79 лет. Наименьшее количество актов экспертной оценки в возрастной группе от 0 до 15 лет (всего 0,6% от общего количества актов экспертной оценки).

Из представленных актов экспертной оценки с летальностью в течение суток следует, что поводом обращения в учреждение здравоохранения по амбулаторно-поликлинической помощи послужило обращение родственников за выпиской справки о смерти. Как правило, такие акты учреждений здравоохранения представлены без экспертной оценки качества медицинской помощи и сопровождаются фразами «больной за медицинской помощью не обращался», «смерть больного закономерна». Однако, анализ диагнозов, указанных как причина смерти пациента, показывает, что это, как правило, больные с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, бронхо-легочной системы или онкологией, то есть наиболее значимая диспансерная группа участковых врачей и врачей общей практики. Досуточную летальность в стационаре по представленным актам экспертной оценки составляют травмы, несовместимые с жизнью, и сердечно-сосудистая патология (острый инфаркт миокарда, инсульт и инфаркт мозга). Наибольший удельный вес в структуре летальности по продолжительности лечения составляет группа пациентов со сроками наблюдения и лечения более 8 суток. Преимущественно это пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, как правило, диспансерной группы, стандарт обследования и лечения которых максимально приближен к выполнению.

Основной задачей медицинского эксперта, врачебной комиссии учреждения здравоохранения при проведении экспертизы качества медицинской помощи является оценка правильности выбора медицинской технологии, сроков и качества оказываемых медицинских услуг, соответствия их установленным территориальным стандартам медицинской помощи. Эксперт по результатам экспертизы в установленном порядке готовит соответствующее заключение, оформляет результаты проверки актом экспертного контроля, а также в установленном порядке несет ответственность за качество и объективность проводимой экспертизы. Из общего числа представленных актов экспертной оценки

только 21,8% представлены в полном объеме, неинформативны 51,5% актов, 0,5% актов нечитабельны. При анализе актов экспертной оценки качества медицинской помощи по летальным исходам учреждений здравоохранения Курганской области эксперты ТФ ОМС Курганской области обращают внимание на следующие дефекты заполнения актов: не указан возраст пациента; отсутствует дата смерти и длительности лечения пациента; неверно сформулирован основной и сопутствующий диагноз; не указан вид медицинской помощи; отсутствует оценка эксперта по тактике ведения больного; на некоторых пациентов представлено по 2 акта; бывают случаи, когда вместо актов экспертной оценки учреждения здравоохранения представляют протоколы врачебной комиссии по теме «разбор смерти на дому».

В 663-х (23% от всего количества) представленных актах экспертной оценки качества медицинской помощи эксперты врачебных комиссий учреждений здравоохранения указывают причины, возможно повлиявшие на неблагоприятный исход заболевания. Среди таких причин эксперты отмечают следующие: дефекты организации медицинской помощи (37,6%); ненадлежащее качество медицинской помощи (27,9%); позднее обращение пациента за медицинской помощью (27,4%), запоздалая госпитализация пациента (7,1%).

ИНФОРМАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СИСТЕМЫ ОМС

Петровская Е.В.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курганской области, г. Курган

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) Курганской области представляет собой, с точки зрения информатизации, распределенную многоуровневую систему, образованную участниками (объектами информатизации), к которым относятся: учреждения здравоохранения (УЗ), страховые медицинские организации (СМО), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курганской области (ТФ ОМС).

Технологические процессы функционирования системы ОМС объединяют субъекты различной ведомственной подчиненности и форм собственности. Решения, обеспечивающие функционирование системы ОМС, принимаются на различных уровнях управления, причем различные участники системы ОМС имеют существенно отличающиеся задачи и функции.

Вместе с тем, эффективность функционирования системы ОМС Курганской области, как и всей системы ОМС в целом, во многом обусловлена возможностью осуществления информационного взаимодействия с внешними (внесистемными по отношению к ОМС) следующими участниками информационного обмена: Управление Росздравнадзора по Курганской области (Росздравнадзор); Главное управление здравоохранения Курганской области (ГУЗО); Курганское региональ-

ное отделение Фонда социального страхования (ФСС); Отделение Пенсионного фонда Российской Федерации по Курганской области (Отделение ПФР); Управление Федеральной налоговой службы России по Курганской области (УФНС); Управление Федеральной миграционной службы по Курганской области (УФМС); отделение ЗАГСа; аптечные учреждения и фармацевтические организации, работающие на территории Курганской области в системе обеспечения лекарственными средствами лиц, имеющих право на государственную социальную помощь.

Можно выделить несколько основных направлений движения финансовой, статистической, аналитической информации между участниками системы ОМС с внешними участниками информационного обмена.

Страхователи - СМО (в том числе ГУЗО - СМО). Страхователями работающих граждан являются работодатели, неработающих граждан на территории Курганской области - ГУЗО. Между страхователями и СМО происходит обмен следующими информационными ресурсами: численность и поименный состав застрахованных граждан; перечень, виды и объем медицинских услуг; финансовая и отчетная документация.

Отделение ЗАГСа - СМО, УФМС - СМО. Одна из острых проблем связана с получением данных из отделения ЗАГСа и УФМС. Достоверная информация о прекращении страховых отношений в связи со смертью застрахованного или с выбытием за пределы субъекта РФ имеет большое значение для организации работы системы ОМС.

Росздравнадзор – ТФ ОМС. Росздравнадзор представляет в ТФ ОМС Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения для осуществления дополнительных выплат.

Отделение ПФР - ТФ ОМС. Обмен информацией о лицах, имеющих право на получение государственной социальной помощи, проживающих на территории Курганской области.

УФНС - ТФОМС. Обмен при государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей следующими сведениями: сведения о юридических лицах, их филиалах и представительствах, гражданах, занимающихся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, содержащейся в ЕГРЮЛ/ЕГРИП; сведения налогоплательщиков о платежах по единому социальному налогу; единому налогу на вмененный доход; единому налогу, взимаемому в связи с применением упрощенной системы налогообложения (в части зачисляемой в фонды обязательного медицинского страхования); страховых взносах на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Основными направлениями развития информационного взаимодействия в системе ОМС с внешними участниками обмена являются:

- создание единого банка нормативно-справочной информации;
- создание единой системы социального учета, основанной на создании в отношении каждого конкрет-

ного субъекта уникального и неизменяемого со временем идентификатора (это может быть страховой номер индивидуального лицевого счета - СНИЛС - в системе пенсионного страхования);

- продолжение работ по созданию Единой информационной системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования на основе стандартизации, использования типовых проектных решений и Web-технологий;

- создание инфраструктуры обмена электронными документами с использованием электронно-цифровой подписи и средств криптозащиты;

- создание системы защиты информации, в том числе персональных данных, при хранении, использовании и передаче данных между субъектами системы обязательного медицинского страхования и внешними участниками информационного обмена.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ

Путина Н.Ю., Пузырева О.Н.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курганской области, г. Курган

Главная цель социальной политики государства – последовательное повышение уровня и качества жизни населения, соблюдение основных социальных гарантий, в том числе по обеспечению доступности качественной медицинской и лекарственной помощи.

До 2005 года на территории России традиционно работала схема “деньги – лекарства – пациент”, когда из бюджета выделялась некая сумма средств, на которую закупались лекарственные средства, предоставляемые гражданам, имеющим право на льготы.

После вступления в действие Федерального закона № 178-ФЗ от 17 июля 1999 года «О государственной социальной помощи» схема дополнительного лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на государственную социальную помощь, изменилась в обратную сторону: “пациент – лекарство – деньги”. Гражданин, имеющий право на государственную социальную помощь, получает в аптечной организации по льготным рецептам лекарственные средства, и после всех необходимых проверок (экспертиз) эти рецепты оплачиваются территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Таким образом, на первый план выходит потребность пациента, а не количество отпущенных лекарственных средств.

Качество лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами находится в прямой зависимости от качества определения потребности в лекарственных сред-

ствах участковым врачом (врачом общей практики) и составления учреждением здравоохранения заявки на лекарственные средства в соответствии с медицинскими показаниями и стандартами медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

В 2005 году основной задачей территориальных фондов обязательного медицинского страхования и фармацевтических организаций было обеспечение доступности необходимых лекарственных средств, а именно: техническое оснащение учреждений здравоохранения, аптечных организаций (пунктов отпуска); расширение перечня врачей/фельдшеров, имеющих право на выписку льготных рецептов; увеличение количества аптечных организаций (пунктов отпуска), осуществляющих отпуск лекарственных средств; введение машиночитаемой формы рецепта с двухмерным штрих-кодом и др.

Задачами на 2006 и 2007 годы в плане организации обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан стали:

- персонифицированное составление сводной заявки на лекарственные средства для дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на государственную социальную помощь, проживающих на территории Курганской области, и контроль за её исполнением учреждениями здравоохранения;
- оптимизация оказываемой дополнительной лекарственной помощи;
- совершенствование внутри- и вневедомственной экспертизы качества оказания медицинской и лекарственной помощи;
- рациональное использование финансовых средств федерального бюджета, выделяемых для дополнительного лекарственного обеспечения.

Проведенный анализ составления заявок показывает, что не все потребности, заявленные учреждениями здравоохранения, являются обоснованными.

По итогам 2007 года сумма сводных заявок на лекарственные средства для дополнительного лекарственного обеспечения граждан отдельных категорий Курганской области составила 224 493,1 тыс. рублей. А фармацевтической организацией предъявлено к оплате счетов за отпущенные лекарственные препараты ТФ ОМС Курганской области на сумму 186 824,0 тыс. рублей, то есть только 83% от утвержденных сводных заявок на лекарственные средства для дополнительного лекарственного обеспечения граждан отдельных категорий Курганской области. Это говорит о низком качестве составления заявок учреждениями здравоохранения и отсутствием контроля над их исполнением.

В декабре 2007 года Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курганской области завершил расчеты за фактически отпущенные в 2006 году лекарственные средства гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования провел экспертизу реестров медицинской помощи, реестров выписанных и фактически отщущенных лекарственных средств с целью контроля обоснованности назначения лекарственных средств отдель-

ным категориям граждан. Комиссией по завершению расчетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования по результатам экспертизы поставлена под сомнение обоснованность выписки 36 155 рецептов на сумму 29 841 592,10 рублей.

Комиссия, созданная совместным приказом Главного управления здравоохранения Курганской области, Территориального управления Росздравнадзора по Курганской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области, провела углубленную медицинскую экспертизу рецептов фактически отщущенных лекарственных средств отдельным категориям граждан в 2006 году. Комиссией признан не обоснованным и не подлежащим оплате 4 941 рецепт на лекарственные средства, отщущенные гражданам, имеющим право на государственную социальную помощь в 2006 году на сумму 4 152 888,01 рублей.

После проведения внутриведомственной экспертизы качества медицинской помощи, включая дополнительное лекарственное обеспечение, учреждениями здравоохранения были признаны следующие дефекты:

- в 78% случаев лекарственные средства назначены врачами не в соответствии с диагнозом пациента по МКБ-10;
- в 17,5% случаев в течение одного месяца врачами назначались несовместимые МНН (международные нетаблеткованные названия) лекарственных препаратов.

В течение 2007 года актуальными остались проблемы:

- дефекты оформления медицинской документации (неправильное оформление амбулаторных карт и рецептурных бланков, несоответствие выписанного лекарственного средства нозологической форме заболевания, указанной в рецепте по МКБ-10);

- дефекты оказания медицинской помощи (назначение и выписка рецептов на лекарственные средства без осмотра пациента врачом, невыполнение стандарта обследования и лечения пациента и т.д.);

- организационные дефекты (выписка лекарственных средств пациенту, проходящему стационарное лечение, выписка лекарственных средств в дозах, превышающих курсовую/месячную).

Неверное оформление рецептов на лекарственные средства напрямую влияет на невозможность отпуска по таким рецептам аптечной организацией. Дополнительное лекарственное обеспечение нацелено на оказание адресной помощи наиболее социально уязвимым группам населения, поэтому любые проблемы, возникающие при обслуживании рецептов, воспринимаются пациентами крайне болезненно и подрывают доверие населения к реализуемой программе дополнительного лекарственного обеспечения.

Совершенствование программы дополнительного лекарственного обеспечения напрямую связано с качеством определения потребности в лекарственных средствах на основе принципа обоснованности назначения лекарственных средств в рамках стандартов, утвержденных приказами Минздравсоцразвития РФ, контролем за обоснованностью назначения и выписки лекарственных средств, а также предупреждением необоснованного отпуска лекарственных средств.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПРИ ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Дюльдин В.А., Комарницкий Б.В., Александров М.Ю.
*Государственное учреждение «Курганская областная центр лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности», г. Курган
Муниципальное учреждение «Городская поликлиника №4», г.Курган*

В нашей области создана и много лет функционирует государственная разрешительная система по предоставлению лицензий.

Целью лицензирования является соблюдение законных прав и интересов граждан Российской Федерации в области охраны здоровья, обеспечения экономической безопасности государства при осуществлении лицензирования медицинской фармацевтической деятельности, деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Задачами лицензирования являются:

- проведение организационно-методической и консультативной работы с соискателями лицензий различных форм собственности;
- координация деятельности субъектов лицензирования государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с лицензирующими органами: Росздравнадзором и Главным управлением здравоохранения Курганской области;
- разработка плана и программ проведения предлицензионной подготовки;
- предоставление лицензий;
- осуществление контроля над соблюдением лицензионных требований и условий;
- контроль качества медицинской помощи.

Лицензирование медицинской деятельности на территории Курганской области организовано в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 г. № 128 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 г. № 30 «Об утверждении положения о лицензировании отдельных видов деятельности»; приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10.05.2007 г. № 323 «Об утверждении порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологической, санаторно-курортной медицинской помощи».

Согласно постановлению Правительства РФ от 30.06.2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Фе-

деральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития», лицензирующим органом с 2004 года является Росздравнадзор, который проводит экспертизу предоставляемых соискателем для лицензии документов без оказания консультативной помощи. До марта 2006 года все соискатели лицензии обращались в г. Москву, затем у нас в области был создан Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Курганской области, который, являясь лицензирующим органом, предоставляет государственные разрешения соискателям лицензий.

Необходимо отметить, что в связи с изменением лицензирующего органа упомянутым постановлением Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. существенно изменились лицензионные требования и условия, отсюда возникла необходимость усиления проводимой организационно-методической и разъяснительной работы. Функции консультативно-методической работы возложены на государственное учреждение «Курганская областная центр медицинской и фармацевтической деятельности» (далее Центр лицензирования).

По итогам работы за 2007 год лицензирующим органом было предоставлено:

- государственным учреждениям – 8 лицензий,
- муниципальным учреждениям – 21 лицензия,
- организациям с различной формой собственности – 35 лицензий,

- индивидуальным предпринимателям – 10 лицензий.
Итого – 74 лицензии.

74-м соискателям лицензий оказано 680 консультаций, то есть каждый лицензиат посетил Центр лицензирования 9,2 раза.

Администрация Центра лицензирования, с целью обобщения опыта работы и внедрения в практику новых методологических подходов и с целью улучшения качества подготовки документов, предлагала лицензиатам заполнить анкету, состоящую из 8-ми вопросов и 16-ти альтернативных ответов. Количество опрошенных респондентов – 30, что составило 40 % от всех лицензиатов 2007 года и 24,0 % государственных и муниципальных учреждений здравоохранения области, лицензируемых в 2007 году.

Сводные данные представлены в табл. 1.

Анализ графы «другие предложения» показал необходимость оперативного информирования об изменениях в вопросах лицензирования, создания сайта Центра лицензирования, сокращения объема подготавливаемых документов, предоставления возможности проверки готовности документов по интернету.

Как видно из таблицы, по некоторым пунктам респонденты давали взаимоисключающие ответы, что предполагает некоторую информационную недостоверность, однако наше исследование позволило сделать следующие заключения:

1. Несмотря на наличие Федерального закона, постановления Правительства, приказов Росздравнадзора, Минздрава, соискатели лицензий испытывали потребность в письменных и устных консультациях.

2. Респонденты не смогли бы самостоятельно под-

готовить документы на комиссию, поэтому считают обязательной помочь Центра лицензирования или другого учреждения, выполняющего эти функции.

3. После неоднократных консультаций уровень знаний лицензиатов по вопросам лицензирования повышается.

4. В качестве дополнительных методов оказания консультативно-методической помощи респонденты предлагают организацию выездов по адресу соискателя, подготовку документов за дополнительную плату.

*Таблица 1
Данные социологического опроса путем анкетирования лицензиатов Курганской области по вопросу предлицензионной подготовки 2007 г. (абс. показатель)*

№ № п/п	Наименование вопроса	Ответ	
		Да	нет
1	При подготовке к лицензированию медицинской деятельности:		
	1.1. Нуждались ли Вы в получении письменных рекомендаций, справочного и табличного материала, кроме имеющихся в Федеральных законах, постановлениях Правительства РФ и приказах Минздрава по вопросам лицензирования?	28	2
	1.2. Вы ощущали необходимость в проведении обучающего семинара с предоставлением тематического материала?	28	2
1	1.3. Была ли потребность в получении неоднократных консультаций и практической помощи со стороны Центра лицензирования или другого методического органа?	28	2
	2.1. Смогли бы Вы на хорошем качественном уровне подготовить весь пакет документов для прохождения лицензирования самостоятельно?	1	29
	2.2. Считаете ли Вы помощь Центра лицензирования или другого органа обязательной?	29	1
3	Считаете ли достаточным уровень своих знаний по вопросам лицензирования:		
	3.1. До получения консультативно-методической и учебной помощи в Центре лицензирования?	2	28
	3.2. После оказания необходимой теоретической и практической помощи сотрудниками Центра лицензирования?	26	4
4	Какие дополнительные методы можно внедрить в работу Центра лицензирования?		
	- выезды по адресу соискателя;	12	1
	- полная подготовка пакета за дополнительную плату;	21	3
	- другие предложения _____	6	0
Итого		171	72

Выводы:

1. Данные социологического исследования подтверждают сложившуюся практику подготовки соискателей лицензий посредством организационно-методической и заблаговременной консультативной помощи до окончания срока действия лицензии.

2. По результатам проведенного анкетирования в работу Центра лицензирования планируется внести следующие изменения:

- проводить обучающие семинары с каждой категорией должностных лиц, участвующих в подготовке учреждения здравоохранения к лицензированию (руководителями, специалистами кадровых служб, заместителями руководителей, главными медицинскими сестрами). Это даст возможность проводить конкретное обучение исполнителей и сократит количество консультаций, то есть сэкономит время и средства лицензиата;
- организовывать выездные практические семинары в учреждения, готовящиеся к лицензированию;
- более широко привлекать к участию в практических семинарах представителей Росздравнадзора и отдела лицензирования Главного управления здравоохранения Курганской области.

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В РЕЕСТРАХ ЛПУ ПО СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Валеев И.И.

Муниципальное учреждение «Шадринская центральная районная больница», Курганская область, г. Шадринск

В условиях бюджетно-страховой медицины обязательным условием финансирования стационарной и стационарнозамещающей медицинской помощи является формирование реестров пролеченных больных.

Опыт работы с реестрами позволяет выделить типичные дефекты:

1. Ошибки кодирования:

- 1.1. Использование непрофильных медико-экономических стандартов (МЭС);
 - 1.2. Нерациональный выбор МЭС по тяжести курации и сроку;
 - 1.3. Ошибки при шифровании результата лечения (например, выздоровление вместо улучшения при сахарном диабете);
 - 1.4. Ошибки при шифровании исхода лечения (например, выписка вместо перевода на амбулаторное лечение при стенокардии);
 - 1.5. Ошибки при оценке достижения критериев качества МЭС;
 - 1.6. Ошибки при шифровании законченности случая (случай закончен, если стандарт диагностики и лечения выполнен);
 - 1.7. Ошибки при шифровании экстренности (оценивается наличие нарушения жизненно важных функций, требующее проведения неотложных лечебных мероприятий в круглосуточном стационаре);
 - 1.8. Ошибки при указании степени тяжести курации (степень тяжести курации определена в МЭС, при стационарнозамещающей помощи не предусмотрена тяжелая степень курации);
 - 1.9. Использование нового номера или заполнение новой истории болезни при продолжении стационарного лечения, вместо заполнения второго медико-технологического листа (МТЛ) в случаях: а) продолжения госпитализации в отделении данного профиля, б) перевода больного из одного профильного отделения в другое, в) изменения вида оплаты медицинской помощи;
 - 1.10. Несоответствие диагнозов при интенсивной терапии по основному заболеванию (гиповолемический шок при хроническом гастрите);
 - 1.11. Патогенетическая общность основного и сопутствующего заболеваний (ишемический инсульт и церебральный атеросклероз, язвенная болезнь и хронический гастродуоденит). Некорректное отнесениесложнений к сопутствующему заболеванию (сердечная недостаточность при гипертонической болезни).
2. Ошибки ввода:
- 2.1. Неверное указание профиля (сальмонеллез в терапии, желчнокаменная болезнь в гинекологии);
 - 2.2. Незаполненные поля в статкарте (кем направлен, время поступления и выписки), незаполнен-

ные сведения об операции (например, с диагнозом «острый аппендицит»).

3. Смешанные:

- 3.1. Отсутствие МЭС в МТЛ;
- 3.2. Необъяснимое расхождение диагнозов в статкарте и МТЛ.
- 3.3. Отсутствие в МТЛ, статкарте осложнений и сопутствующих заболеваний (при врачебной экспертизе реестра остается неясной причина летального исхода или перевода в другой стационар).

Характер обнаруживаемых в реестрах ошибок позволяет говорить об отсутствии препятствий к их предупреждению, выявлению и исправлению непосредственно в ЛПУ, в рамках ведомственной экспертизы.

Для решения этой задачи, с учетом информатизации медицины, от организаторов здравоохранения требуется компетентность в вопросах осуществления врачебной экспертизы реестров с помощью имеющегося в каждом ЛПУ области соответствующего программного обеспечения.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СПОРТСМЕНОВ ЗА 2007 ГОД ПО ДАННЫМ ГУ «КОВФД»

Головина Г.Н.

Государственное учреждение «Курганский областной врачебно-физкультурный диспансер», г. Курган

Углубленный медосмотр (УМО) 2-кратно прошли 3856 спортсменов, 26 % из них нуждались в лечении. Выявлено большое количество патологии по результатам электрокардиограмм, в том числе - 28 кардиомиопатий I-II степени. Чаще изменения встречаются у высококвалифицированных спортсменов: 19 случаев из-за хронического перенапряжения, 9 случаев из-за низкого уровня тренированности у занимающихся спортом менее 3-х лет. Кардиопатии выявлены у 7-ми легкоатлетов, 4-х гимнастов и по 2 случая в биатлоне, баскетболе, спортивном ориентировании и единоборствах. У 18-ти спортсменов выявлен пролапс митрального клапана, у 3-х – гипертоническая болезнь и у 5-ти – нейроциркуляторная дистония. Спортсмены взяты на диспансерный учет следующими специалистами: терапевтом - 51 человек, неврологом - 19 человек, из них у 13-ти высокоразрядников преобладает остеохондроз позвоночника. У лор-врача состоят на диспансерном учете 8 человек с хроническим отитом, тонзиллитом, гайморитом. Причины заболеваемости: чрезмерные нагрузки, постоянные микротравмы, переохлаждения. Средний показатель спортивного травматизма 7.0 на 1000 участников (по РФ – 12). Структура заболеваемости следующая: болезни лор-органов – 203 случая, нервной системы – 211 случаев, заболевания глаз – 198 случаев.

Большие нагрузки на тренировках и соревнованиях, желание спортсменов скрыть свои проблемы, чтобы получить допуск к тренировкам и соревнованиям, приводит нередко к появлению хронических заболеваний. Поэтому врачам необходимо проводить тщательный

сбор анамнеза, медицинское обследование на приеме и при проведении врачебно-педагогических наблюдений.

РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕТОДОМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Ярыгина Л.Б.

Государственное учреждение «Курганский областной врачебно-физкультурный диспансер», г. Курган

Группа пациентов из 12-ти человек занималась лечебной физкультурой в течение 2-х лет. Возраст 45-72 года. Нозология: ПИКСО – 2, ишемическая болезнь сердца – 3, гипертоническая болезнь – 7. Лечебная гимнастика проводилась 2 раза в неделю по щадящему-тренирующему режиму на тренировочном пульсе 110-120 ударов/мин. Длительность занятия – 40 мин. Контроль пульса в течение занятия – 3-кратный (в начале, на максимальной нагрузке, по окончанию).

Методика проведения занятия: суставная гимнастика, циклические нагрузки (велотренажер, степпер, ритмичная ходьба со скоростью 80-100 шагов/мин). Режим тренировки на велотренажере «Арми» проводился интервальным методом. Занятия проводились по принципу: систематичность, постепенность, рассеянность, цикличность. Средние показатели: пульса покоя в начале курса лечения – 80-90 ударов/мин; через 3 месяца – 78-86; через 6 месяцев – 75-84; через 1 год – 75-84; через 2 года – 75-84.

Вывод: стабилизация функциональных показателей у пациентов с сердечно-сосудистой патологией при систематических занятиях происходит через 6 месяцев тренировки. Следовательно, для достижения эффекта тренированности нужны занятия не менее 6-ти месяцев с последующим продолжением занятий с целью поддержания достигнутой тренированности сердечно-сосудистой системы. Для стабилизации здоровья нации необходимо создавать группы лечебной физкультуры, куда пациенты могли бы ходить длительно, регулярно, под медицинским контролем.

НОВЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ ГУ «КУРГАНСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

Шишикина Т.Н., Мелентьева Е.Ю.

Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь для ветеранов войн», г. Курган

Государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Курганский базовый медицинский колледж», г. Курган

Одной из главных целей современной реформы здравоохранения является улучшение качества меди-

цинской помощи, оказываемой населению. Качество медицинских услуг колеблется в весьма широких пределах и зависит не только от специалистов, оказывающих эти услуги, но и от условий их оказания, учреждения, оборудования, медикаментов, материалов, а также от состояния пациентов, их поведения, от настроения окружающих медицинского работника и пациента людей и даже от погоды и времени года. Спрос на медицинские услуги – индикатор их качества, позволяющий осуществить контроль над ним.

По мере развития знаний и накопления опыта в области управления качеством появились различные его определения. Так, одни авторы определяли управление качеством как «всю деятельность, направленную на обеспечение, поддержание и улучшение качества медицинской помощи», другие считают управление качеством «систематическим процессом ликвидации несоответствия между получаемыми и желаемыми исходами».

Управление качеством – это деятельность, направленная на установление определенного порядка и стандартов, мониторинг и улучшение качества работы таким образом, чтобы оказываемая медицинская помощь являлась наиболее результативной и безопасной.

Управление качеством состоит из 3 основных видов деятельности:

- разработка дизайна качества,
- улучшение качества,
- контроль над качеством.

Разработка дизайна качества – деятельность по созданию системы предоставления качества медицинской помощи.

Улучшение качества – деятельность, направленная на совершенствование существующей системы оказания медицинской помощи.

Контролирование и коррекция системы качества – деятельность по измерению качества. Очевидно, что для осуществления этой деятельности необходима разработка адекватной системы качества медицинской помощи. Пример индикаторов оценки представлен в табл. 1.

Повышение качества медицинской помощи населению является одним из приоритетных вопросов, стоящих перед отечественным здравоохранением. Специалисты среднего звена играют важную роль в решении этих задач, именно от них зависит доступность и эффективность предоставляемых населению медицинских услуг. В связи с этим неуклонно возрастает потребность здравоохранения в специалистах современного уровня, владеющих актуальными, профессиональными знаниями и сестринскими технологиями, основами психологии общения, умеющих использовать компьютерную технику, современную медицинскую аппаратуру, профилактические мероприятия и качественный уход.

Обеспечение качества – совокупность мероприятий, проводимых государством и конкретными службами здравоохранения, которые гарантируют разработку, внедрение и поддержание качества медицинской помощи.

Всемирная организация здравоохранения в стратегии «Здоровье для всех» поставила задачу иметь структуры и механизмы для обеспечения качества медико-

санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологий здравоохранения.

Таблица 1

Индикаторы оценки качества деятельности медсестры-анестезиста отделения анестезиологии реанимации

Индикатор	Уровень индикатора	Пояснения
Число пациентов, имеющих пролежни	Отделение	В обязанности медсестры входит круглосуточное наблюдение за состоянием пациентов. Развитие пролежней свидетельствует о некачественном выполнении медсестрой своих обязанностей
Число травм пациентов	Отделение	Падение и травматизм пациентов свидетельствуют о некачественном выполнении своих обязанностей
Число случаев внутрибольничной инфекции	Отделение	Развитие внутрибольничной инфекции является следствием ошибки медперсонала (недостаточное соблюдение санэпидрежима, несоблюдение распределения пациентов по срокам пребывания и т.д.)
Число постинъекционных осложнений	Личный	После инъекции не должно возникать осложнений. Возникновение осложнений свидетельствует о некачественном проведении инъекции
Качество записей в листах назначений	Личный	Записи подлежат ежедневному контролю. Несвоевременность выполнения назначений может привести к развитию осложнений
Число положительных контрольных смызов	Личный	В обязанности медсестры входит соблюдение санитарно-эпидемиологического и дезинфекционно – стерилизационного режимов в отделении. Недобросовестность в их соблюдении может привести к положительному результату
Число обследований, отмененных из-за некачественной их подготовки	Личный	Многие диагностические исследования требуют предварительной подготовки, что входит в обязанности медсестры. В случае некачественной подготовки исследование будет отменено, что увеличивает продолжительность диагностики и снижает качество лечения

В период реформ и преобразований в здравоохранении, внедрения и развития современных технологий очень важно дать возможность медицинскому персоналу работать полноценно, уделяя больше времени процессу общения с пациентом, осуществлению сестринского процесса. То есть для повышения качества сестринской помощи, на наш взгляд, необходимо:

- целенаправленно использовать профессиональные возможности среднего медперсонала;
- внедрять новые сестринские технологии с использованием технологических карт сестринского ведения и наблюдения за пациентом;
- проводить социологические исследования по лидерству, самооценке, оценке профессиональных знаний;
- ввести рейтинговую оценку при выборе кандидата на обучение в школе дублеров старших медсестер;
- упорядочить методический материал по неотложной помощи, фармацевтическому порядку, инфекционной безопасности, манипуляционной технике;
- ввести должность медсестры-менеджера по управлению качеством сестринской помощи;
- стимулировать медсестер к продолжению учебы, делегируя им полномочия, предоставляя возмож-

- ности карьерного роста;
- создавать благоприятную мотивационную среду в коллективе для достижения успешного функционирования отделения;
- создать совет по качеству.

СОЗДАНИЕ, СТАНОВЛЕНИЕ И РАБОТА ЕДИНОГО КОМПЬЮТЕРНОГО РЕГИСТРА ГРАЖДАН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ НА ПО «МАЯК»

Дик И.Ю.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Несовершенство технологии обращения с радиоактивными отходами, образующимися в результате деятельности производственного объединения (ПО) «Маяк», недостаточные знания о поведении радиоактивных веществ в природной среде и их влиянии на здоровье человека привели к тому, что в период с 1949 по 1952г. в реку Теча происходил сброс радиоактивных отходов. Это привело к радиоактивному загрязнению речной системы и облучению населения, проживающего в прибрежных селах реки Теча, протекающей по территории Челябинской и Курганской областей.

В результате аварии 1957 г. на ПО «Маяк» произошел выброс радиоактивных отходов. Вследствие этого образовалось радиоактивное облако, которое под воздействием юго-западного ветра, рассеялось и осело на территории Челябинской, Свердловской и Курганской областей. Выпадение радиоактивных осадков привело к образованию Восточно-Уральского радиоактивного следа (ВУРС). В результате этого произошло облучение населения.

Проблема радиоактивного загрязнения и радиационной безопасности граждан Уральского региона в настоящее время признана федеральной. Для обеспечения социальных гарантий населению, пострадавшему от радиации, создана необходимая нормативно-правовая и финансовая база. В 1998 году был принят Федеральный закон №175 - ФЗ от 26.11.1998г. «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на ПО «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча».

Единый компьютерный регистр «Маяк» является динамической развивающейся системой и содержит персонализированную информацию на граждан РФ, подвергшихся радиационному воздействию вследствие радиационных инцидентов на Южном Урале.

Базовый регистр Курганской области установлен в Центре реабилитации лиц, подвергшихся радиационному воздействию на базе Курганской областной клинической больницы. Деятельность по ведению регист-

ра осуществляется на основании «Положения о едином компьютерном регистре граждан, проживающих в Курганской области, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии в 1957 году на ПО «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча», утвержденным Управлением здравоохранения Курганской области 07.06.2005г.

Задачами базового регистра являются: 1) организация сбора информации о заболеваемости, инвалидности и смертности для лиц, проживающих на территории областей; 2) подготовка идентификационной информации о вновь поступающих лицах, имеющих удостоверения; 3) организация взаимодействия с рабочими регистрами, расположенными на территории.

Рабочие регистры установлены в Далматовской и Катайской центральных районных больницах.

В базовом регистре Курганской области состоит на учете 2398 человек, имеющих удостоверения и включенных в ЕКР «Маяк» по местам проживания, что составляет 12% от всего количества граждан, облученных в результате радиационных ситуаций на Южном Урале.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КУРГАНСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Дик И.Ю.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Центр реабилитации лиц, подвергшихся радиационному воздействию, был создан на базе Курганской областной клинической больницы согласно приказу Управления здравоохранения Курганской области №219 от 24.06.1996г. «О создании медицинского реабилитационного Центра при областной клинической больнице для населения, подвергшегося радиационному воздействию».

Задачей Курганского областного центра реабилитации является оказание лечебно – консультативной, организационно-методической, диагностической, реабилитационной помощи лицам, подвергшимся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС, на производственном объединении «Маяк» и переселенцев ВУРСа, ветеранам подразделений особого риска.

Центр реабилитации работает по трем направлениям:

1. Контроль над проведением целевой диспансеризации данной категории.
2. Госпитализация больных по следующим медицинским показаниям:

- уточнение экспертной оценки состояния пациента перед направлением документов в Экспертный совет;
- уточнение диагноза в условиях стационара при трудностях диагностики в поликлинических условиях;
- декомпенсированные состояния при хронической патологии.

3. Реабилитация на курортах местного или российского значения.

В настоящее время в Центре реабилитации состоит на учете следующий контингент:

1. Ликвидаторы аварии на производственном объединении «Маяк» и переселенцы ВУРСа (эвакуированные, добровольно выехавшие, проживающие и имеющие удостоверение по дозовой нагрузке) – всего 2398 человек.

2. Ветераны подразделений особого риска города Кургана и Курганской области – всего 120 человек.

3. Ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС – 1352 человека.

Мощности Курганской областной клинической больницы, на базе которой находится Центр реабилитации, позволяют расширить спектр медицинских услуг, входящих в рамки целевой программы диспансеризации: кроме двух обязательных осмотров специалистов – терапевта и хирурга–онколога, по медицинским показаниям пациенты также осмотрены неврологом, отоларингологом, кардиологом, офтальмологом и другими специалистами. При необходимости больным проводятся ультразвуковые, рентгенологические (в том числе компьютерная томография, маммография) исследования, а также проводятся методы биохимического, в том числе иммунологического, анализа и эндоскопия.

В Центре по реабилитации лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, состояло на учете: в 2005 году – 1515 человек, в 2006 году – 1459 человек, в 2007 году – 1352 человека.

В структуре заболеваемости ликвидаторов на ЧАЭС зарегистрировано:

- в 2005 году – 5210 нозологических единиц (3,4 диагноза на 1 больного);
- в 2006 году – 4901 нозологическая единица (3,3 диагноза на 1 больного);
- в 2007 году – 3444 нозологических единиц (2,5 диагноза на 1 больного).

Зарегистрировано больных с впервые в жизни установленным диагнозом: в 2005 году – 708 случаев, в 2006 году – 607 случаев, в 2007 году – 367 случаев.

Ведущей патологией являются заболевания системы кровообращения – 1077; болезни костно–мышечной системы – 743; болезни нервной системы – 366; заболевание эндокринной системы – 180; новообразования – 26, из них злокачественные – 23.

РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АРВ – ТЕРАПИИ ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ИЗ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Кауфман О.А., Ежова С.В.

Государственное учреждение «Курганская областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», г. Курган

Обеспечение приверженности лечению ВИЧ-инфекции представляет собой сложную задачу, которая не может быть решена усилиями только лишь лечащих врачей – инфекционистов. Большое количество психосоциальных проблем пациентов, наличие зависимости от наркотиков ограничивают их доступ к получению специализированной медицинской помощи и снижают возможности поддержания приверженности лечению.

В последние годы в Курганской области увеличивается количество ВИЧ – инфицированных пациентов имеющих психосоциальные проблемы и нуждающихся в антиретровирусной терапии (АРВ - терапии). Возникает потребность внедрения программы повышения приверженности АРВ – терапии пациентов, особенно из уязвимых групп населения (наркотиков, лиц злоупотребляющих алкоголем, лиц без определенного места жительства и др.).

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в городе Кургане с апреля по ноябрь 2007 года реализовывался проект «Повышение приверженности АРВ - терапии пациентов из уязвимых групп населения».

Цель проекта:

- изменить приоритеты в работе медицинского персонала, оказывающего помощь ВИЧ – инфицированным;
- обозначить психосоциальные особенности людей, живущих с ВИЧ, способные оказывать влияние на их приверженность лечению;
- обосновать принцип работы по созданию и поддержанию приверженности лечению исходя из конкретной ситуации и потребностей пациента;
- сформировать мультидисциплинарную команду, способную внедрить метод работы по повышению приверженности АРВ – терапии ВИЧ – инфицированных пациентов;
- обозначить стратегические направления работы по повышению приверженности с позиции командного подхода.

На базе Курганского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом создана мультидисциплинарная команда, включающая врача-инфекциониста, психолога, медицинскую сестру, равного консультанта из числа людей, живущих с ВИЧ, социального работника.

В проект были взяты 56 ВИЧ – инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете, из них

44 человека продолжали получать АРВ - терапию, вновь взято на терапию - 6 человек, сформирована приверженность АРВ – терапии у 6-ти человек.

Проведены обучающие тренинги с членами мультидисциплинарной команды. На заседаниях команды определялись медицинские показатели к АРВ - терапии, психологическая готовность пациентов. Решение о начале АРВ - терапии принимались совместно всеми сотрудниками программы.

Психологом центра СПИД разработана программа по приверженности больных к АРВ - терапии. Организована группа взаимопомощи, где оказывалась психологическая помощь и консультации по методике «равный равному». Равный консультант проекта проводил индивидуальные консультации по вопросам приверженности АРВ - терапии.

С целью контроля приема АРВ - препаратов и повышения приверженности терапии осуществлялся патронаж членами команды на дому пациентов, получающих АРВ - терапию, велась работа с родственниками пациентов с целью обучения их методам поддержки во время формирования приверженности пациента к АРВ - терапии.

Пациенты с наркозависимостью составляли большую часть группы (70 %). Для снижения наркозависимости их направляли в наркологический диспансер и реабилитационные центры.

Деятельность мультидисциплинарной команды позволила пациентам получить информацию об АРВ - терапии, повысить приверженность пациентов из уязвимых групп, среди больных, взятых в проект, отмены терапии не отмечено. Была налажена оперативная связь пациента с лечащим врачом. Больные информированы о возможности оказания в Центре социальной и психологической помощи, возможности получить поддержку у равного консультанта.

Выводы

Опыт работы мультидисциплинарной команды за период действия проекта «Повышение приверженности АРВ - терапии пациентов из уязвимых групп населения» показал:

- необходимость внедрения метода командного подхода в качестве способа организации обеспечения приверженности АРВ-терапии ВИЧ - инфицированных из уязвимых групп;
- эффективность работы мультидисциплинарной команды по повышению приверженности АРВ – терапии;
- целесообразность привлечения к повышению приверженности АРВ – терапии у ВИЧ – инфицированных из уязвимых групп психологов, социальных работников, равных консультантов, родственников пациентов;
- необходимость продолжения функционирования мультидисциплинарной команды для повышения приверженности АРВ – терапии ВИЧ – инфицированных.

ОПЫТ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ/СПИДЕ В Г. КУРГАНЕ В 2007 ГОДУ

Кауфман О.А., Фурманова Т.И.

Государственное учреждение «Курганский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», г. Курган

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную помощь как деятельность, направленную на улучшение качества жизни пациентов и их близких, столкнувшихся с тяготами опасного для жизни заболевания, основная задача которой — предупреждение и облегчение страданий, причинённых прогрессирующими неизлечимым заболеванием.

Паллиативная помощь при ВИЧ - инфекции направлена на улучшение качества жизни пациента и включает медицинскую, психологическую и духовную поддержку больного и его близких.

В Курганской области в последние годы увеличивается количество ВИЧ – инфицированных с тяжёлыми оппортунистическими и сопутствующими заболеваниями, а также пациентов со стадией СПИДа. Следовательно, в ближайшее время остро встанет вопрос организации постоянного медицинского ухода за пациентами с выраженным физическими и психическими нарушениями.

Впервые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в городе Кургане с мая по октябрь 2007 года реализовался профилактический проект «Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИДе».

Цель проекта:

- уменьшение страданий пациента, создание для больных ВИЧ-инфекцией и членов их семей психологического, физического, духовного комфорта;
- улучшение качества жизни пациента;
- привлечение государственных учреждений и общественных организаций к решению вопросов оказания социальной и медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

На базе ГУ «Курганский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД» была создана мультидисциплинарная команда, в которую вошли следующие специалисты: инфекционист, психолог, специалист по социальной работе, патронажная медицинская сестра, равный консультант из числа людей, живущих с ВИЧ. В качестве консультантов были привлечены врачи из противотуберкулёзного, наркологического диспансеров, инфекционной больницы.

За период работы проекта силами участников проведены 2 круглых стола, обучающий семинар по паллиативной помощи для медицинских работников лечебно-профилактических учреждений, волонтеров и других.

За 6 месяцев работы проекта 57 пациентам (60% из них получали высокоактивную антиретровирусную

терапию) оказывались следующие виды помощи:

- психологическое консультирование;
- поддержка и уход, доставка препаратов на дом, выполнение медицинских назначений, транспортировка в лечебные учреждения пациентов с ограниченными физическими возможностями.

Патронаж наиболее тяжёлых больных на дому осуществляли все члены мультидисциплинарной команды. С родственниками пациентов проводилось индивидуальное обучение уходу на дому, оказывалась психологическая поддержка. Пациенты, получающие антиретровирусную терапию, консультировались по вопросам приверженности лечению. Активно велась работа по формированию трезвого образа жизни. Решались социальные проблемы пациентов: восстановление утраченных документов, трудоустройство, оформление пособий и другие.

Результаты

У значительной части пациентов уменьшились симптомы проявления болезни, улучшились иммунологические показатели. У 52% пациентов уменьшились боли и слабость, у 60% - улучшился сон, у 70% - увеличился вес или стабилизировалось его падение, у 80% - улучшилось психологическое состояние, уменьшилось чувство страха. У 48% пациентов положительно изменился социальный статус: оформили недостающие документы 11 человек (19%), получили временную или постоянную работу 5 человек (8%). У 30% пациентов психологическое состояние не изменилось, у 48% - боль и слабость остались без изменения. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, двое пациентов умерли от СПИДа.

Выводы

Опыт работы мультидисциплинарной команды за период действия проекта «Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе» показал:

- необходимость оказания паллиативной помощи больным ВИЧ/СПИДом, несмотря на широкое назначение антиретровирусной терапии;
- эффективность работы мультидисциплинарной команды при оказании паллиативной помощи;
- необходимость взаимодействия между Центром СПИД и другими лечебно-профилактическими учреждениями, оказывающими медицинскую помощь ВИЧ – инфицированным пациентам;
- целесообразность привлечения к оказанию паллиативной помощи больным ВИЧ – инфекций членов некоммерческих организаций, волонтеров, равных консультантов, родственников больных;
- необходимость продолжения обучения основам паллиативной помощи при ВИЧ – инфекции медицинских работников, волонтеров, родственников пациентов;
- необходимость разработки и утверждения региональных документов, регламентирующих порядок оказания паллиативной помощи, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 сентября 2007 года № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией».

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ: ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Лукина М.В.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Среди обсуждаемых вопросов современной медицинской практики одним из наиболее важных является взаимоотношение между врачом и пациентом. Проблемы медицинской деонтологии широко освещаются в печати. Тем не менее, о должном отношении медицинского персонала к пациенту на профосмотрах практически не упоминается. Между тем, деонтология на профосмотрах имеет свою специфику, присущую только этому разделу медицины.

Впервые врач и пациент взаимодействуют на предварительном медицинском осмотре. Таким образом, традиционному подходу «врач – больной» предшествует - «врач – здоровый человек». Особенностью этого этапа является то, что человек, поступающий на работу, опасаясь отрицательного заключения врача относительно допуска к профессии, старается утаить от него имеющееся заболевание. В дальнейшем этот момент может привести не только к обострению процесса, но и способствовать развитию профессиональной патологии. Нередко рабочий задает врачу вопрос о степени вредности данного производства и возможности получить то или иное профессиональное заболевание. Врач обязан ответить на любой вопрос рабочего, обратив его внимание на использование мер индивидуальной защиты, регулярное прохождение периодических медицинских осмотров, режим питания и отдыха, вред курения и употребления алкоголя и т.д. Таким образом, уже первая встреча поступающего на работу и врача должна иметь деонтологическую направленность.

При проведении периодических медицинских осмотров также возникает ряд деонтологических вопросов. Они касаются подготовки врачей, проводящих осмотр, оформления документации, создания такого психологического климата, который способствовал бы хорошей организации и качественному проведению осмотров. Следует думать, что именно отсутствие взаимопонимания между врачом и пациентом на профосмотре играет важную роль в гиподиагностике профессиональных заболеваний и незэффективности профилактических мероприятий. К основным причинам заниженной профессиональной заболеваемости следует отнести слабое знание врачами клиники профзаболеваний, отсутствие ответственности врача за ненаправление к профпатологу, незаинтересованность пациентов в потере рабочего места, противодействие администрации предприятия, а также отсутствие взаимопонимания всех заинтересованных сторон и, прежде всего, между пациентом и врачом при проведении периодического медицинского осмотра.

В последнее время к вышеуказанным проблемам присоединилась проблема конкорданности на профос-

мотрах. Считается, что конкордантность (от англ. concordance – согласие, соответствие) должна прийти на смену взаимоотношениям, построенным по модели комплайнса (compliance), которая предполагает податливость пациента врачебному влиянию и строгое выполнение всех врачебных рекомендаций. Напротив, достижение конкордантности предполагает равноправное общение между клиницистом и пациентом, когда врач на каждом этапе обследования и лечения согласовывает свои действия с пациентом и информирует его о преимуществах и недостатках каждого назначения. В результате такого общения пациент начинает активно участвовать в процессе принятия медицинского решения по проблеме его здоровья. Такая модель общения, несомненно, сложна и имеет ряд ограничений. В частности, существуют большие сомнения в возможности достижения конкордантности между рабочим и врачом на профосмотре. Одна из основных причин этого – двойственность функции врача на профосмотре. С одной стороны, это сохранение здоровья пациента. С другой стороны, врач выполняет функцию эксперта. Особенностями работы врача-эксперта являются частичное нарушение врачебной тайны, отсутствие у пациента возможности выбора врача, отсутствие у пациента

возможности отказаться от обследования, нарушение доверительности в отношениях «врач – пациент». Даные положения закреплены законодательно в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993г. Врач владеет информацией, которую пациент зачастую желает скрыть, обязан сообщить работодателю данные о противопоказаниях для продолжения его профессиональной деятельности. То есть врач находится в положении, когда он должен игнорировать принцип врачебной тайны, а это приводит к снижению доверия пациента врачу. Во избежание этого предлагаю в заключительных актах не указывать диагнозы пациентов с впервые выявленными заболеваниями, нудающими в дообследовании и лечении, если у них нет подозрения на профзаболевание или противопоказаний к продолжению работы. Также в случае выдачи медицинских заключений с результатами обследования на профосмотре информация не должна попасть в посторонние руки (получение заключения лично либо через посредника в запечатанном конверте). В заключение хочется напомнить об ответственности врачей, осуществляющих профосмотры, за доверие к медицине в целом и готовности пациентов к выполнению медицинских рекомендаций.

II. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

ДИНАМИКА ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ В ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Ерохин А.Н., Мезенцева Н.В., Верхотурцева Л.П., Катайцева И.А., Сафонова А.В.

Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова

Росмединтегнологий», г. Курган

*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница №2», г. Курган*

Нервная система матери играет ведущую роль в восприятии многочисленных импульсов, поступающих от плода. При нормальном протекании беременности деятельность функциональных систем и органов не выходит за пределы физиологической нормы. Вместе с тем, в последнее время все чаще формируется особое состояние беременных женщин - гестоз. Целью настоящего исследования явилось изучение функционального состояния вегетативной нервной системы беременных в поздний гестационный период и родильниц в ранний послеродовой период. Обследованы 15 беременных в поздний гестационный период, средний возраст которых составил $25,6 \pm 1,5$ лет. Посредством кардиоинтервалографии (А.М. Вейн и др., 2003) в покое и при ортопробе регистрировали показатели в условных единицах, характеризующие тонус вегетативной нервной системы - моду, амплитуду моды, вариационный размах, индекс напряжения, а также определяли вегетативную реактивность по динамике индекса напряжения в процессе ортопробы. Вычисляли среднюю и ошибку средней указанных показателей. Показатели определяли в данной выборке за 7 дней до родов и через 7 дней после родов. Статистические различия между данными периодами исследования у одних и тех же пациенток определяли посредством парного t -критерия Стьюдента. При анализе данных показателей выяснилось, что амплитуда моды, отражающая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, в положении лежа уменьшается: от $51,8 \pm 3,9$ в дородовом до $40,2 \pm 2,7$ в послеродовом периоде ($p < 0,02$), в положении стоя, напротив, увеличивается: от $43,8 \pm 3,6$ до $53,4 \pm 3,9$ ($p < 0,1$). Вариационный размах, характеризующий активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, в покое статистически достоверно увеличивается от $0,12 \pm 0,01$ до $0,22 \pm 0,02$ ($p < 0,003$), а в положении, стоя проявляет, тенденцию к уменьшению от $0,16 \pm 0,02$ до $0,13 \pm 0,02$ ($p < 0,17$). Своевобразной динамикой отличался индекс напряжения - Ин - суммарный показатель, отражающий степень напряжения регуляторных механизмов организма. Так, в покое он статистически достоверно снизился с $411,0 \pm 64,1$ до $168,8 \pm 38,8$ ($p < 0,005$) и по сути дела вышел из диапазона,

соответствующего чрезмерному перенапряжению во всех регуляторных механизмах целостного организма, и вплотную подошел к рубежу, характерному для умеренного преобладания тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (от 90 до 160 условных единиц). Вместе с тем, при нагрузке (в положении стоя) этот показатель проявил тенденцию к повышению от $359,0 \pm 91,7$ до $611,8 \pm 162,2$ ($p < 0,23$). В динамике показателя, характеризующего функциональную основу реактивности, отразилось статистически достоверное смещение в сторону гиперсимпатикотонии - индекс реактивности увеличился от $0,9 \pm 0,17$ до $4,8 \pm 1,27$ ($p < 0,007$). Таким образом, динамика показателей, характеризующих трофотропную и эрготропную составляющие функционального состояния вегетативной нервной системы женского организма в перинатальный период, отражает неоднозначность и неустойчивость происходящих перестроек процессов. Это проявляется в разнонаправленных изменениях тонуса вегетативной нервной системы в покое и при нагрузке, что имеет, на наш взгляд, очень важное значение для оптимизации режима суточного цикла беременных и родильниц в период нахождения их в родильном доме.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС БЕРЕМЕННОЙ В ПОЗДНИЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Ерохин А.Н., Мезенцева Н.В., Верхотурцева Л.П.

Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова

Росмединтегнологий», г. Курган

*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница №2», г. Курган*

Психосоматические взаимосвязи, реализующиеся в процессе беременности, представляют особый интерес в плане подходов к решению задач современного акушерства: профилактики осложнений во время беременности и родов, снижения перинатальных потерь (Ишпахтин Ю.И. и др., 2001). Целью настоящего исследования явилось изучение психовегетативного статуса беременных в поздний гестационный период и функционального состояния плода. Обследованы 30 беременных в поздний гестационный период, средний возраст которых составил $24,8 \pm 0,8$ лет. Посредством теста Айзенка определяли психотип беременных, тест САН (самочувствие, активность, настроение) применяли для определения общего уровня работоспособности, опросник Вейна использовали для оценки вегетативного статуса, функциональное состояние плода определяли на основе анализа показателей, полученных при кардиотокографии посредством фетального монитора

Sonical Team (ООО «Оксфорд Медикал», Россия, 2004). Вычисляли среднюю и ошибку средней указанных показателей. Для определения взаимосвязи между массивами данных использовали коэффициент корреляции Пирсона. При анализе результатов выяснилось, что коэффициент корреляции таких нормированных показателей, как уровень экстравертности по Айзенку беременной и количество шевелений плода достигает $r=-0,41$, что отражает умеренную статистически достоверную ($p<0,05$), отрицательную связь. Корреляция экстравертности и Short-term вариабельности также имеет отрицательный характер, но проявляется как тенденция, не достигая уровня статистической значимости ($r=-0,26$; $p>0,05$). Уровень невротизма по Айзенку коррелирует с вышеупомянутыми показателями кардиотокографии плода положительно, но не достигает статистически значимых величин: с показателем «количество шевелений плода» $r=0,31$, а с Short-term вариабельностью $r=0,06$. По всем позициям теста САН отмечается отрицательная корреляция с показателем «количество шевелений плода» (r_1) и с Short-term вариабельностью (r_2) соответственно: самочувствие – $r_1=-0,14$; $r_2=-0,27$; активность - $r_1=-0,08$; $r_2=-0,46$ ($p<0,05$); настроение - $r_1=-0,28$; $r_2=-0,13$. Коэффициент корреляции между нормированным показателем вегетативной дистонии по Вейну и показателями кардиотокографии имел положительное значение в обоих случаях: с показателем «количество шевеления плода» $r=0,09$ и с Short-term вариабельностью $r=0,36$ ($p<0,05$). Известно, что показатель «количество шевелений плода» отражает функциональное состояние плода. Так, при начальных стадиях внутриутробной гипоксии отмечают беспокойное поведение плода, которое заключается в учащении и усиливании его двигательной активности. При прогрессирующей гипоксии плода наступает ослабление и прекращение его движений. Показатель Short-term вариабельности коррелирует с развитием метаболической ацидемии плода. Таким образом, выявлена корреляционная связь между показателями, отражающими психовегетативный статус беременной, и показателями, характеризующими функциональное состояние плода. Интерпретацию физиологического значения полученных количественных данных следует проводить в рамках анализа интегративной деятельности организма беременной и плода на поздних стадиях беременности с привлечением методологического подхода, разработанного в научном направлении школ П.К. Анохина и К.В. Судакова.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, ОСЛОЖНЕНИЙ, СВОЕВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Коркина Т.А.

Государственное учреждение «Курганская областная детская больница им. Красного Креста», г. Курган

В последние десятилетия все более актуальна врожденная патология сердца (ВПС) и магистральных сосудов, изначально являющаяся причиной ранней инвалидизации и смертности детей, особенно первого года жизни. За последние 5 лет отмечается рост младенческой смертности по причине врожденных пороков развития (23,5%), доля ВПС в этой группе причин составила 39,6%. Распространенность ВПС у детей от 0 до 14 лет составляет 1988,0 на 100000 населения соответствующего возраста. Отмечено повышение показателей инвалидизации по причине ВПС на 16, 7%. Ежегодно на 1000 родившихся приходится 7-12 детей с ВПС. Среди причин общей смертности новорожденных врожденные пороки сердца составляют около 15%. В Курганской области ежегодно рождается 110-120 детей с врожденными пороками сердца, что составило 10,4 на 1000 родившихся живыми в 2005 г., 10,3 на 1000 в 2006 г., 10,9 на 1000 в 2007 г. При естественном течении большинство ВПС сопровождается высокой летальностью детей в первые дни, недели и месяцы жизни. За прошедшие 3 года зарегистрировано случаев смерти от ВПС среди детей:

2005г.	2006г.	2007г.	Всего
8	16	11	35

Среди умерших от ВПС дети до 1 года составили 50%. В структуре смертности от врожденных пороков развития в Курганской области класс «врожденные заболевания системы кровообращения» составляет:

2005г.	2006г.	2007г.
24,2%	44,4%	39,2%

Смертность от врожденных болезней системы кровообращения в структуре детской смертности составила: в 2005 г. – 3,3%, в 2006 г. – 6,25%, в 2007 г. – 4,2%. В роддомах за 3 года умерло 13 человек, из них критические пороки были у 9 детей (синдром гипоплазии левого сердца, коарктация аорты, синдром легочной артерии критический, недостаточность атриовентрикулярных клапанов, дефект межжелудочковой перегородки); в центральных районных больницах и Курганской областной детской больнице имени Красного Креста – 8 детей; в кардиохирургических центрах после операции – 9 детей; дома – 9 детей. Из них 26 человек не были осмотрены кардиологом, лишь 9 детей были оперированы.

Сегодня практически при любом виде врожденной кардиальной патологии возможно в той или иной степени оперативное вмешательство, а своевременная

квалифицированная помощь нередко может не только спасти жизнь ребенка, но и обеспечить ему хорошее качество жизни в дальнейшем. Первым условием успешного лечения ребенка с врожденным пороком сердца является быстрота его поступления в специализированное учреждение. Раннее распознавание пороков сердца, установление топического диагноза, определение степени нарушения гемодинамики и выбор метода лечения и оптимального срока операции являются важнейшими задачами, решение которых поможет как снижению младенческой, так и общей летальности. Основная роль в решении этих задач принадлежит педиатрам родильных домов, участковым педиатрам и детским кардиологам, которые первые выявляют порок сердца у ребенка, сообщают об этом родителям и настраивают их в соответствии с показаниями на хирургическое лечение. В экстренном вмешательстве в период новорожденности нуждаются до 30% всех родившихся с аномалиями системы кровообращения. Остальные должны быть оперированы в течение первого года и лишь не более чем 15% детей с пороком сердца могут быть оперированы в более старшем возрасте. Для изучения данной проблемы был проведен анализ 200 амбулаторных карт пациентов консультативно-диагностической поликлиники Курганской областной детской больницы имени Красного Креста, наблюдавшихся детским кардиологом с впервые выявленным ВПС в 2005 – 2007 гг.

Количество выявленных ВПС:

2005 г.	2006 г.	2007 г.	Всего
64	60	76	200

Для исследования была использована классификация ВПС Marder (1957 г.), в основу которой положены характеристика кровотока (обеднение или обогащение) в МКК («медленных» кальциевых каналах) и наличие гипоксемии. Вновь выявленные пороки сердца были распределены:

1. С обогащением МКК с артериовенозным сбросом крови в МКК (без цианоза) – дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки вторичный, АДЛВ, АВК, митральная недостаточность, всего – 163 (81,5%).

2. С обеднением МКК (цианоз ВПС) – ТФ, изолированный стеноз легочной артерии, атрезия легочной артерии, ДОС (или ДВС - диссертинированное внутрисосудистое свертывание) от перегородки желудочковой + стеноз легочной артерии – 13 (6,5%).

3. С обогащением МКК и гипоксемией (цианоз ВПС) – единственный желудочек + транспозиция магистральных артерий без синдрома легочной артерии, аномалия Эбштейна – 4 (2%).

4. С обеднением блокатора кальциевых каналов (коарктация аорты, аортальные пороки) – 20 (10%).

Все выявленные ВПС были распределены на группы по признаку срока необходимого оперативного лечения:

1) дети с ВПС, нуждающиеся в неотложном оперативном лечении – 45 человек (22,5%);

2) дети с ВПС, нуждающиеся в плановом оперативном лечении – 77 человек (38,5%);

3) дети с ВПС, не нуждающиеся в оперативном лечении – 76 человек (38%);

4) неоперабельные дети – 2 человека (1%). По возрасту дети с выявленными ВПС распределились следующим образом:

Возраст	всего	%	2005	%	2006	%	2007	%
0-1 мес.	54	27%	17	26,5	18	30	19	25
1мес.- 1 год	84	42	23	35,9	27	45	34	44,7
1г. – 3г.	25	12,5	11	17,1	7	11,6	7	9,2
3г. – 18 лет	37	18,5	13	20,3	8	13,3	16	21
Итого:	200	100	64	100	60	100	76	100

Анализируя приведенные данные, необходимо отметить, что подавляющее число ВПС выявлено от 0 - 1 года – 69% от всего количества ВПС впервые выявленных, 27% – до 1 месяца. Ежегодно выявляется 30% детей с ВПС старше 3 лет.

По степени нарушения кровоснабжения выявлено ВПС за 3 года:

- с недостаточностью кровообращения II степени: 2005 г. – 10 человек (15,6%); 2006 г. – 12 человек (20%); 2007 г. – 15 человек (19,7%);

- с недостаточностью кровообращения 0 – I степени (без существенного нарушения гемодинамики): 2005 г. – 54 человека (84,3%); 2006 г. – 48 человек (80%); 2007 г. – 54 человека (71%).

По наличию гипоксемии дети с ВПС распределились следующим образом: в 2005 г. – 8 человек (12,5%), в 2006 г. – 6 человек (10%), в 2007 г. – 4 человека (5,2%).

С легочной гипертензией I – II степени: в 2005 г. – 9 детей (14%), в 2006 г. – 10 детей (16,6%), в 2007 г. – 17 детей (22,3%). Дети с подозрением на ВПС были направлены из медицинских учреждений здравоохранения на прием к детскому кардиологу консультативно-диагностической поликлиники Курганской областной детской больницы имени Красного Креста, где диагноз уточнен на основании клинических данных и вспомогательных методов исследования. Детям с нарушением кровообращения II – III степени рекомендовано консервативное лечение (сердечные гликозиды, мочегонные препараты) для стабилизации состояния. Детям с гипоксемией – дезагреганты, антикоагулянты. Топический диагноз уточнялся данными электрокардиограммы, рентгенографии грудной клетки, эхокардиографии. Эхокардиография проводилась в Курганском областном кардиологическом диспансере, региональных диагностических центрах, больнице скорой медицинской помощи №1 г. Кургана. Дети, нуждающиеся в неотложном оперативном лечении, незамедлительно готовились к операции. Выписки о заболевании детей направляются в учреждения, оказывающие высокотехнологичную помощь: научно-исследовательский институт патологии кровообращения, г. Новосибирск; научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, г. Москва; Тюменскую и Челябинскую ОКБ. Из всех нуждающихся в оперативном лечении (122 человека) за 3 года было оперировано 84 (64%) ребенка, из

них неотложных операций – 48, что составило 39 % от всех нуждающихся. Остальные 43 ребенка продолжают наблюдаться кардиологом и кардиохирургом. Эта группа больных планируется в будущем на оперативное лечение в плановом порядке. Подавляющее количество пациентов оперировано в НИИПК г. Новосибирска.

Оперированные дети:

	2005г.	2006г.	2007г.
НИИПК, г. Новосибирск	14	22	32
НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, г. Москва	1	6	2
Челябинска ОКБ	-	3	2
Тюменская ОКБ	-	3	4
Всего:	15	29	40

Выводы:

1. Недостаточно высокий процент выявления ВПС в возрасте до 1 месяца.
2. Стабильно высокий процент выявления ВПС до 1 года.
3. Нет информации в амбулаторных картах о пренатальной диагностике врожденных пороков сердца. Раннее выявление тяжелых, неоперабельных ВПС до 24 недель гестации помогло бы в определении тактики ведения беременной.

4. В консультативно-диагностической поликлинике Курганской областной детской больницы имени Красного Креста не проводится эхокардиография, дети обследуются в региональных диагностических центрах, Курганском областном кардиологическом диспансере, стационаре больницы скорой медицинской помощи №1 г. Кургана. После проведенного оперативного лечения большинство детей (94%) улучшили состояние здоровья, летальных случаев за 3 года было 5 (5,9%). Все дети до операции были освидетельствованы на медико-социальной экспертизе. После операции дети наблюдаются кардиологом и педиатром, так как процесс реабилитации занимает несколько лет. У многих детей снижена толерантность к физической нагрузке, имеются нарушения ритма и проводимости, сердечная недостаточность, легочная гипертензия, артериальная гипертензия, дистрофия. Проводится стандартная электрокардиограмма, электрокардиограмма с физической нагрузкой, эхокардиография. Необходимо проведение велоэргометрии, тредмил – теста. Всем детям рекомендуется лечебная физкультура, в течение 1 года после операции посещение уроков физкультуры противопоказано. Рекомендуются осмотры стоматолога и отоларинголога 2 раза в год. Малые хирургические операции как инвазивные методы обследования должны проводиться строго по показаниям «под прикрытием» антибиотиков. В течение первых 2 – 6 месяцев после операции необходима ежедневная термометрия. Общий анализ крови и мочи 2 раза в месяц, со второго полугодия – ежемесячно. Электрокардиограмму, эхокардиографию в первое полугодие проводят ежеквартально, затем 2 раза в год. Рентгенографию грудной клетки делают 1 раз в год. Проводится иммуномодулирующая, кардиотрофическая и витаминная терапия, по показаниям –

сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ (ангиотензин-превращающего фермента), мочегонные средства (триампур, вероширон, реже – лазикс). Санаторно-курортное лечение рекомендуется проводить в условиях местных кардиоревматологических санаториев. Вопрос о снятии с диспансерного учета решается индивидуально, совместно с кардиологом и кардиохирургом.

Обобщая изученный материал, можно отметить, что проблема ВПС – это проблема, которая требует высокого профессионализма врачей: педиатра, неонатолога, кардиолога. В целях совершенствования кардиологической помощи детям с ВПС необходимо:

1. Обеспечить консультативно-диагностическую поликлинику Курганской областной детской больницы имени Красного Креста необходимым оборудованием: тредмил – тест, велоэргометр, аппарат для эхокардиографии, монитор для СХМ–электрокардиографии.
2. Обучить специалиста работе с эхокардиографом.
3. Ввести скрининговое электрокардиографическое обследование новорожденных с целью более раннего выявления ВПС, осмотр детского кардиолога всех новорожденных с подозрением на ВПС.
4. Проводить регулярное обучение врачей диагностике ВПС у детей.
5. Приобрести регистр ВПС у детей.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМИ МАТЕРЯМИ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2000 ПО 2008 ГОДЫ

Кауфман О.А., Мазеина С.В.

Государственное учреждение «Курганская областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», г. Курган

Курганская область относится к регионам с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции, показатель составляет 247,5 на 100 тыс. населения (в Уральском федеральном округе 510,0 на 100 тыс., в Российской Федерации – 270,0 на 100 тыс. населения). В последние годы происходит передача ВИЧ-инфекции из уязвимых групп в широкие слои населения половым (гетеросексуальным) путем. С 2003 года в области отмечается «феминизация» ВИЧ – инфекции. Так, в 2007 году на территории Курганской области из всех вновь выявленных ВИЧ-инфицированных 48% составили женщины. Высокий удельный вес молодых людей в возрасте 15-35 лет (более 80%) среди ВИЧ-инфицированных, как женщин, так и мужчин, находящихся в активном репродуктивном возрасте, приводит к постоянному увеличению числа ВИЧ-инфицированных беременных и соответственно детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекцией.

Проведен анализ случаев перинатальной передачи ВИЧ детям, рожденным на территории Курганской области за период с 2000 года по 2008 год. Всего рождено 224 ребенка, из них ВИЧ-инфекция установлена у 12-ти детей, частота перинатальной передачи ВИЧ-инфек-

ции составила 5,3% (в РФ этот показатель составляет 6,2%, по Ур ФО – 5,6%).

Современные методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку включают назначение антиретровирусных препаратов ВИЧ-позитивным женщинам во время беременности, в родах и их детям после рождения; проведение планового кесарева сечения; вскармливание ребенка искусственными смесями. Соблюдение этих требований позволяет снизить риск передачи перинатальной ВИЧ-инфекции ниже 2%.

Факторами риска перинатальной передачи ВИЧ-инфекции являются:

Материнские факторы:

- отсутствие химиопрофилактики перинатальной передачи (позднее выявление ВИЧ-инфекции у беременных, серонегативный период в родах, отказ женщины от проведения химиопрофилактики);
- сероконверсия во время беременности, острый период ВИЧ-инфекции;
- алкоголизм, наркомания у матери;
- заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), во время беременности;
- грудное вскармливание.

Акушерские факторы:

- способ родоразрешения (плановое кесарево сечение в сроке 38 недель является самостоятельным методом профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и снижает риск инфицирования на 50%);
- кровотечение во время родов, длительный безводный период, разрыв промежности.

Плодные факторы:

- недоношенность;
- многоплодие.

Из числа 144-х пар мать-дитя, которые получили полный курс химиопрофилактики во время беременности, в родах и новорожденному, диагноз «ВИЧ-инфекция» установлен у 3 детей, еще трое из числа получивших экстренную химиопрофилактику в родах и новорожденному; в 6 случаях (50%) химиопрофилактика не проводилась. Таким образом, 9-ти женщинам во время беременности не была проведена химиопрофилактика. Их детям впоследствии был установлен диагноз ВИЧ-инфекции (75%).

Причины, по которым полный курс химиопрофилактики не проводился:

- ◆ позднее выявление ВИЧ-инфекции у матери (во время беременности и в родах были в серонегативном периоде) – 67%;
- ◆ женщины не наблюдались и не обследовались во время беременности – 33%.

В связи с поздним установлением ВИЧ-статуса у матери 5 детей (41,67%) из числа ВИЧ-инфицированных длительно (более 6 месяцев) получали грудное вскармливание.

Из 147-ми пар мать-дитя, которым проводилась химиопрофилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, и детей, достигших возраста 18 месяцев, ВИЧ-позитивный статус был установлен только у 3 детей (2%), что говорит о высокой эффективности проводимой химиопрофилактики.

Анализируя эти 3 случая инфицирования детей ВИЧ, выявлено:

- одна женщина заразилась ВИЧ во время беременности и находилась в острой стадии болезни;
- все 3 женщины во время беременности перенесли заболевания, передающиеся половым путем (сифилис и хламидиоз);
- у 2-х женщин были осложненные роды (кровотечение, длительный безводный период, преждевременные роды).

Ни одной из трех женщин кесарево сечение не проводилось.

По нашему мнению, в случаях ВИЧ-инфицирования детей имели место все факторы риска перинатальной передачи:

- отсутствие полного курса химиопрофилактики перинатальной передачи ВИЧ по различным причинам (позднее выявление, серонегативный период, отказ от наблюдения во время беременности, наркотребление, алкоголизм матери и др.);
- острая стадия ВИЧ-инфекции во время беременности или в период лактации;
- длительное грудное вскармливание;
- сопутствующие острые или обострение хронических инфекций мочеполовой системы во время беременности;
- патология течения родов (преждевременные роды, кровотечения, разрывы промежности, длительный безводный период).

Выводы

Риск перинатального заражения ВИЧ-инфекцией ребенка повышается:

- при отсутствии полного курса химиопрофилактики перинатальной передачи;
- при острой стадии ВИЧ-инфекции у матери;
- при наличии заболеваний, передающихся половым путем, у матери во время беременности;
- при патологическом течении родов;
- при грудном вскармливании.

АВТОМАТИЗАЦИЯ СБОРА И АНАЛИЗА СЛУЧАЕВ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Мазеин Д.А.

*Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава,
г. Курган*

В последние годы проблемы демографического развития вошли в число приоритетных направлений деятельности государства. Об этом свидетельствуют, прежде всего, ежегодные Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию, где подчеркивается, что достижение успеха во всех сферах деятельности возможно только при решении демографических проблем.

Нами проводится работа по рассмотрению возмож-

ных резервов в снижении показателя младенческой смертности в Курганской области как наиболее четко отражающего социально-экономическую ситуацию в регионе, а так же как индикатора развития медицинских технологий.

Проводится ретроспективный сбор и анализ информации из статистических медицинских форм №106/у-98 «Медицинское свидетельство смерти», формы №246-ПС «Свидетельство о перинатальной смерти». Кроме этого, с целью уточнения и расширения объема полученных данных используется метод экспертных оценок.

Для автоматизации ввода и систематизации вводимой информации нами разработана и успешно использована база данных на основе Microsoft Office Access 2003. Выбор данного приложения Widows обусловлен его общедоступностью и простотой в использовании.

Записи в базе данных вносятся в 34 поля при практически неограниченном количестве записей. Тридцать одно поле в таблице имеет текстовый тип данных. Поле с именем «число осмотров» имеет числовой тип данных. Такое решение принято для удобства выведения математических производных, таких как среднее и наибольшее число осмотров. Одно поле с типом данных вида «Мето», в котором пользователь может записать любой вид информации, представляющей интерес при последующей обработке данных. Записи проиндексированы по первому имеющемуся полю – порядковому номеру в таблице. Этим решена проблема перманентной нумерации записей. Поле для ввода фамилии и имени ребенка также имеет статус индексного. Дан-

ное решение предупреждает появление «двойников» в базе данных.

Для удобства работы по введению, обзору и коррекции имеющейся информации создана особая форма, имеющая соответствующее количество окон для ввода.

Реализация интерфейса программы в виде формы, а не в виде простой таблицы наиболее удобна, так как большинству современных пользователей импонирует наличие пустых окон для последующего их заполнения. Кроме того, предусмотрено наличие в окнах формы уже готовых вариантов значений полей таблицы представленных в виде выпадающего списка. Таких полей в нашей таблице преимущественное количество – 27.

Введенная информация может быть представлена как в виде электронной таблицы, так и в виде базы данных. При необходимости имеется возможность вывода интересующей части на бумажном носителе.

Средствами Microsoft Office Access 2003 возможно получение интересующих запросов на выборку. Нами в процессе набора и обработки информации сделано более 30 различных типов таких запросов. Полученные выборки были представлены в таком же количестве отчетов.

Созданная нами база данных удобна для проведения обобщающих расчетов и анализа сложившейся ситуации в регионе, возможность оперативного получения графических отчетов облегчает проведение презентации результатов широкому кругу специалистов.

Рис. 1

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ РОДДОМА №1 Г. КУРГАНА

**Ботникова Ю.С., Скляр Л.В., Ручкин В.И.,
Пономарева М.Н.**

*Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Курган*

Актуальность. В настоящее время проблеме ретинопатии недоношенных детей уделяется значительное внимание не только со стороны офтальмологов, но и со стороны врачей других специальностей, таких как неонатологи, педиатры, реаниматологи. Отмечается постепенный рост рождаемости детей с данной патологией в связи с улучшением качества оказания анестезиологической помощи и расширением анестезиологических пособий для новорожденных детей с массой от 500г.

Цель данной работы: изучить статистические данные по количеству недоношенных детей за период 2005-2007гг.; проанализировать структуру ретинопатии недоношенных, выявляемой на этапе выхаживания в отделении патологии новорожденных городского роддома №1 г. Кургана.

Материалы и методы. Были проанализированы статистические показатели на основании отчетов городского роддома №1 г. Кургана; проведено изучение 341 истории болезни детей отделения патологии недоношенных за период с января по декабрь 2007г.

Результаты и обсуждения. Данные статистического исследования числа недоношенных детей, соотношение в зависимости от срока гестации представлены в таблице 1. Как следует из представленной таблицы, отмечается рост недоношенных детей со сроком гестации до 28 недель, куда входят дети с массой тела от 500 грамм, с 2,4% в 2005 году до 5,55% в 2007 году. Изменение соотношения веса при рождении недоношенных детей за период с 2005-2007г. представлены в таблице 2. Анализ представленных данных свидетельствует об увеличении рождаемости детей массой тела менее 1 килограмма с 0,9% в 2005 году до 2,6% в 2007 году. У детей с данной массой тела увеличивается вероятность возникновения ретинопатии недоношенных. Абсолютное число больных ретинопатией недоношенных диагностированных в отделении патологии представлено в таблице 3. Из представленных таблиц следует, что за 2007 год диагноз ретинопатии на этапе отделения патологии недоношенных был выставлен 22 детям, причем отмечается рост числа ретинопатий в группе со сроком гестации до 28 недель.

Таблица 1
Статистические показатели недоношенных детей (N, %)

Год	До 28 недель N-%	29-31 неделя N-%	32-34 неделя N-%	35-37 неделя N-%	Всего
2005	8-2,4%	57-17,2%	124-37,5%	141-42,8%	330
2006	15-4,3%	84-24%	130-37,1%	121-34,6%	350
2007	19-5,55%	69-20,2%	142-41,5%	111-32,45%	341

Примечание: N - абсолютное число случаев; % - выраженное в процентах.

Таблица 2
Соотношение веса недоношенных с 2005-2007 гг. (N-%)

Год / Вес	500-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	>3000
2005 N-%	3-0,9%	35-10,5%	87-26,2%	142-42,6%	60-18%	6-1,8%
2006 N-%	4-1,1%	46-13%	115-32,5%	137-38,8%	44-12,4%	8-2,2%
2007 N-%	9-2,6%	48-14%	88-25%	138-40,4%	58-16,9%	1-0,3%

Примечание: N - абсолютное число случаев; % - выраженное в процентах.

Таблица 3
Абсолютное число больных ретинопатией недоношенных, диагностированных в отделении патологии недоношенных

Год	До 28 недель	29-31 нед.	32-34 нед.	35-37 нед.	Всего
2005	5	11	1	-	17
2006	5	12	-	-	17
2007	10	8	4	-	22

Выводы. В настоящее время отмечается:

- рост недоношенных детей со сроком гестации до 28 недель, куда входят дети с массой тела от 500 грамм, с 2,4% в 2005 году до 5,55% в 2007 году,

-увеличение рождаемости детей массой тела менее 1 килограмма с 0,9% в 2005 году до 2,6% в 2007 году.

ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ «ГРИППОЛ» НА УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.ШАДРИНСКА

Бездомова Т.В.

Муниципальное учреждение «Шадринская городская детская больница», Курганская область, г.Шадринск

Цель. Показать влияние профилактических прививок против гриппа вакциной «Гриппол» на заболеваемость детей 3-7 лет гриппом, ОРВИ.

На примере 5-ти детских садов г.Шадринска по формам 026-у проводилась выборка детей, получивших профилактическую прививку вакциной «Гриппол» в 2005, 2006, 2007 годах.

Проводился подсчет случаев заболеваний ОРВИ, трахеита, отита, бронхита, пневмонии, ангины у детей 3 - 7 лет, получивших профилактическую прививку вакциной «Гриппол». Количество заболеваний считалось после дня постановки прививки в течение года до даты следующей прививки «Гриппола».

Использовались данные заболеваемости детей на 1000.

До постановки прививки «Гриппол»:

	2000 г.	2001 г.	2002 г.
ОРВИ	3700	5004	4721
Грипп	263	333	146
Общая заболеваемость	4727	6056	6036

Количество детей 3 - 7 лет, получивших прививку «Гриппол»:

2005г.	2006г.	2007г.
75 человек	249 человек	250 человек

Заболеваемость простудными болезнями среди привитых на 1000:

2005г.	2006г.	2007г.
987	1470	420

Выходы

1. Заболеваемость ОРВИ у привитых детей снизилась в 2007 году:

- в сравнении с 2006 годом – в 3,4 раза;
- в сравнении с 2005 годом - в 2,3 раза.

2. Заболеваемость простудными болезнями у привитых снизилась:

- в сравнении с 2006 годом – в 3,5 раза;
- в сравнении с 2005 годом - в 2,4 раза.

3. Заболеваемость ОРВИ в 2007 году у привитых детей в сравнении с 2001 годом, когда дети не получали вакцину «Гриппол», снизилась в 13,3 раза.

4. Заболеваемость простудными болезнями у привитых снизилась в 14,4 раза по сравнению с непривитыми.

5. В течение последних 3-х лет (с 2005 по 2007 годы) в детских садах г. Шадринска не зарегистрировано вспышек гриппа.

Как мы видим, эффективность вакцины «Гриппол» велика для профилактики не только гриппа и ОРВИ, но и других простудных заболеваний у детей в возрасте 3-7 лет.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СТУДЕНТАМИ КУРГАНСКОГО БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Карпов А.М., Сахатский С.И., Шарипов Г.Б.
Управление Роспотребнадзора по Курганской области,
г. Курган

Современные достижения науки и техники изменяют окружающую среду путем введения новых факто-

ров, которые помимо своих запланированных полезных свойств могут оказывать нежелательные побочные действия. Растущее использование электрических и электронных устройств, быстрый рост числа телекоммуникационных систем, радиовещательных, телепередающих и радарных установок неуклонно увеличивает воздействие электромагнитной энергии на человека, а следовательно, и возможность развития неблагоприятных эффектов. Не следует забывать, что мощные искусственные источники энергии появились только на протяжении нескольких последних десятилетий. Поэтому с точки зрения биологической эволюции этот вид энергии может рассматриваться как новый физический фактор окружающей среды.

В настоящее время определены предельно допустимые уровни электромагнитного поля, гарантирующие безопасную эксплуатацию мобильных телефонов. Вместе с тем, чрезмерная эксплуатация мобильных телефонов, размещаемых в области коры головного мозга, может иметь негативные последствия для организма человека. Наиболее чувствительными к воздействию электромагнитного поля являются центральная нервная система, сердечно-сосудистая, иммунная, эндокринная системы.

В этой связи целью наших исследований являлось изучение уровня электромагнитных излучений, создаваемых работой мобильных телефонов, и их влияние на здоровье человека.

В эксперименте участвовало 150 студентов Курганского базового медицинского колледжа, имеющих в своем распоряжении мобильные телефоны. Нами был использован анкетный метод сбора информации.

Анализ анкетных данных показал, что из 150 респондентов 60 % приходится на возрастную группу 18-21 год, 35,3 % на возрастную группу 15-17 лет, 2,7 % на возрастную группу 23-28 лет и 2 % на возрастную группу 33-34 года.

Результаты анкетного опроса показали, что 28,6 % респондентов пользуются мобильными телефонами фирмы Samsung, по 15,3 % - Siemens и Motorola, 12 % - LG, 10,6 % - Nokia, 10 % - Sony Ericsson, по 2 % - Voxtel и Sagem и по 1,3 % - Fly, Philips, AlkateL.

Проведенные исследования показали, что 57,3 % опрошенных затрачивают в сутки более 35 минут на ведение разговоров, 18 % - от 25 до 35 минут, 11,3 % - 15-25 минут и 3,3 % - до 5 минут в сутки.

Для измерения уровня электромагнитных излучений нами был использован прибор ПЗ – 41 «Измеритель уровней электромагнитных излучений».

Проведенные исследования показали, что максимальный уровень излучения у мобильных телефонов фирмы Siemens достигает 50,65 мкВт/см², Samsung - 39,04 мкВт/см², Nokia - 34,84 мкВт/см², LG - 27,83 мкВт/см², Philips - 23,93 мкВт/см², Voxtel - 18,63 мкВт/см², AlkateL - 17,96 мкВт/см², Sony Ericsson - 17,93 мкВт/см², Sagem - 16,28 мкВт/см², Fly - 12,31 мкВт/см², Motorola - 12,02 мкВт/см², при допустимом уровне 100,0 мкВт/с м².

Оценка показателей уровня энергетической экспозиции излучения от сотовых телефонов не выявила каких – либо различий в показателях. Максимальный по-

казатель приходится на сотовые телефоны фирмы Motorola((4,86 мкВт/см²)*ч) при ПДУ 25 ((мкВт/см²)*ч). Минимальный показатель приходится на сотовые телефоны фирмы Philips и составляет 1,25 (мкВт/см²)*ч.

Для оценки негативного влияния работы сотовых телефонов на состояние здоровья студентов были использованы результаты анкетного опроса.

Наши исследования показали, что 58,7 % респондентов не предъявляют никаких жалоб на ухудшение самочувствия, связанного с использованием мобильного телефона. На повышенную утомляемость при пользовании мобильным телефоном жалуются 14,7 % опрошенных студентов, на сонливость - 8,6 %, на головную боль - 4,7 % и головокружение - 3,3 % .

ВЫВОДЫ

1. Результаты измерения уровней электромагнитных излучений и уровней энергетической экспозиции от сотовых телефонов не выявили превышений гигиенических нормативов.

2. По уровню электромагнитных излучений, действующих на пользователей, мобильные телефоны распределились в следующей последовательности: Siemens - 50,65 мкВт/см², Samsung - 39,04 мкВт/см², Nokia - 34,84 мкВт/см², LG - 27,83 мкВт/см², Philips - 23,93 мкВт/см², Voxtel - 18,63 мкВт/см², Alcatel - 17,96 мкВт/см², Sony Ericsson - 17,93 мкВт/см², Sagem - 16,28 мкВт/см², Fly - 12,31 мкВт/см², Motorola - 12,02 мкВт/см², при допустимом уровне 100,0 мкВт/с м².

3. Несмотря на то, что 58,7 % респондентов не предъявляют никаких жалоб на ухудшение самочувствия при использовании мобильных телефонов, 41,2 % не исключают связи между предъявляемыми жалобами на состояние здоровья и использованием мобильными телефонами.

4. Максимальное время использования мобильных телефонов, работающих в режиме передачи, следует ограничить.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тарасова А.А.

Муниципальное учреждение «Курганская городская больница скорой медицинской помощи», г. Курган

В настоящее время всё чаще встречаются нарушения функций пищеварительной системы у детей.

Под функциональными нарушениями органов пищеварения понимают клинические состояния, при которых отмечаются отклонения в деятельности органов, обусловленные нарушением нервной и гуморальной регуляции, но не обнаруживается существенных структурных, метаболических изменений, характерных для определённых нозологических форм.

При функциональных нарушениях отмечаются нарушения двигательной, секреторной, переваривающей, всасывающей, барьерной функций желудочно-кишеч-

ного тракта. Механизмы возникновения функциональных нарушений многообразны и определяются в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями детского организма, а также конституциональными и приобретёнными нарушениями регуляции (вегетативные и гуморальные дисфункции). Функциональные нарушения пищеварительной системы могут возникать в любом возрасте, хотя в наибольшей степени свойственны детям раннего и дошкольного возраста и служат в дальнейшем основой для формирования хронической патологии. Дети с функциональной патологией составляют около 30% всех госпитализируемых больных гастроэнтерологического профиля. Диагностика функциональных нарушений сложна и преимущественно проводится методом исключения воспалительных процессов, врожденных аномалий, энзимопатий, дисбиона и т.д. Для диагностики функциональных нарушений необходимо детальное изучение жалоб, анамнеза, проведение общеклинических и лабораторных исследований, а именно: общий анализ крови, мочи; копрограмма; исследование кала и дуоденального содержимого на яйца гельминтов; ультразвуковое исследование органов пищеварения; эндоскопическое исследование по следующим показаниям: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, контрастное рентгенологическое исследование для поиска аномалий желудочно-кишечного тракта, определение характера моторики, а также проведение pH – метрии, электрогастроэнтографии. Также необходима консультация невропатолога, психотерапевта, так как практически всегда выявляются признаки поражения центральной нервной системы, психоэмоциональной сферы, особенности поведения.

В III соматическом отделении больницы скорой медицинской помощи г.Кургана с 2003 по 2005 годы обследовано 39 детей больных язвенной болезнью: из них язvенная болезнь двенадцатиперстной кишки обнаружена у 35 человек, язvенная болезнь желудка - у 4 человек. Дети в возрасте от 9 до 15 лет. По полу: девочек – 21, мальчиков – 18. Острое течение отмечалось у 11 человек, хроническое - у 18 человек.

При обследовании данной группы детей выяснилось, что основному заболеванию язvенной болезни всегда сопутствует дисфункция желудочно-кишечного тракта и билиарной системы: дискинезия желчевыводящих путей, дискинезия толстой кишки, дуодено-гастральный рефлюкс, недостаточность кардии, недостаточность привратника, нарушение секреторной функции желудка. Чаще всего встречается дискинезия желчевыводящих путей – 32 случая (82%), недостаточность привратника – 21 случай (54%), дуодено-гастральный рефлюкс – 11 случаев (28%), дискинезия толстой кишки – 4 случая (10%), рефлюкс-эзофагит – 1 случай (2,5%). Нарушения секреторной функции желудка: повышенная кислотообразующая функция отмечалась у 25 человек (64%), сохранная кислотообразующая функция – 10 случаев (26%), сниженная кислотообразующая функция – у 4 человек (10%).

Выводы

1. Таким образом, как показывают полученные дан-

ные, у всех детей с язвенной болезнью выявлено от 1 до 3 функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у одного пациента.

2. Все дети с язвенной болезнью нуждаются в коррекции функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта.

3. Дети с язвенной болезнью кроме диспансерного наблюдения у гастроэнтеролога нуждаются в консультации и лечении у психотерапевта, что позволит повысить эффективность лечения и уменьшить рецидивы данного заболевания.

СИНДРОМ РЕТТА

Шамсутдинов Р.Р.

Муниципальное учреждение «Белозерская центральная районная больница», Курганская область, с. Белозерское

Синдром Ретта — одно из наиболее распространенных заболеваний в ряду наследственных форм умственной отсталости у девочек, названное по имени впервые его описавшего австрийского педиатра Андреаса Ретта. В настоящее время накоплено достаточное количество данных, свидетельствующих о наследственной природе синдрома. Наиболее общепринятой остается гипотеза о синдроме Ретта, как X-цепленном доминантном заболевании с внутриутробной летальностью у гемигигантских мальчиков.

Клинические проявления подразделяются на стадии:

I стадия определяется как аутистическая. Она характеризуется остановкой в психическом развитии ребенка, снижением или исчезновением интересов к играм и окружающим людям.

II стадия — «быстрого регресса» — определяется смягчающимися аутистическими расстройствами и быстро наступающим распадом речи, апраксией и общим моторным беспокойством.

III стадия — «псевдостационарная» — характеризуется слабоумием с полной утратой речи (сохраняются лишь контуры отдельных слов и слогов). В 1/3 случаев у больных возникают эпилептиформные припадки (малые и большие судорожные).

IV стадия — «тотального слабоумия» — в соответствии с названием характеризуется полной утратой не только речи, но и способности к ходьбе и жеванию, а также распадом других жизненных навыков. Смерть наступает в разные сроки — обычно между 12—25 годами от начала заболевания, что практически соответствует возрасту больных.

В Белозерской центральной районной больнице наблюдается девочка 1997 года рождения с диагнозом синдром Ретта.

Из анамнеза: родилась первым ребенком.

В возрасте 7 месяцев выявлена задержка моторного развития. В 11 месяцев — нервно-рефлекторная возбудимость, слабость нижних конечностей.

В 2 года — задержка речевого развития. В последующем — задержка психического развития. В 6 лет — обследование в генетическом центре г. Москвы, где поставлен диагноз синдром Ретта.

Симптоматические проявления: мышечная слабость, отсутствие координированных движений, крупноразмашистый трепет головы, туловища, рук, усиливающийся при попытке выполнения направленных движений. В кистях рук движения моющего и потирающего характера. Периодически гиперкинез в группах мышц верхнего плечевого пояса в виде частых повторов, что напоминает приступы фокальной эпилепсии.

Часто возникают эпилептиформные припадки. Больная имеет крайне ограниченные интеллектуальные, речевые и адаптивные способности. Отмечается глубокое повреждение экспрессивной и импресивной речи и грубая задержка психомоторного развития. Сохранена глазная реакция «глаза в глаза» и реакция отклика на зов, но они резко отставлены во времени и кратковременны. В отношениях с матерью и близкими для ребенка лицами сохраняется только «тактильная игра» с возможностью легкого эмоционального оживления.

Синдром Ретта считается неизлечимым, хотя шотландские исследователи достигли некоторого успеха. Ученые сумели активировать ген MECP2 у мышей и сделали его полностью функциональным всего за четыре недели. В результате симптомы синдрома Ретта у мышей исчезли: пропал трепет, восстановилось нормальное дыхание, нормализовались подвижность и походка.

ТЕНЗОР КАК ВОЗМОЖНАЯ МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИКИ ЧЕЛОВЕКА

Шамсутдинов Р.Р.

Муниципальное учреждение «Белозерская центральная районная больница», Курганская область, с. Белозерское

Психологическая природа человека многогранна и сложна. По мнению автора, для моделирования данного феномена наиболее подходит такой математический объект, как тензор. Здесь необходимо сделать небольшое математическое отступление.

Самые простые тензоры, скаляры и векторы, являются хорошо представляемыми объектами. Любой человек наверняка имел с ними дело в школе. Тогда как, тензоры второго и более рангов являются более сложными объектами и вызывают затруднения для наглядного представления.

Простое словесное определение тензора - тензором описывается некоторое свойство объекта, обычно настолько сложное, что требует нескольких характеристик. Основным свойством тензора является его целостность. Это не просто набор или матрица чисел, а целостный объект, в котором все компоненты связаны друг с другом и подчиняются «закону сохранения» тензора, не позволяя ему рассыпаться.

Тензор как таковой не может рассматриваться отдельно от системы координат и сохраняет свою целостность при преобразованиях его компонент (инвариантность).

Примеры тензоров:

Скаляр (тензор нулевого ранга, определяется одним числом) – температура, давление и т.п.

Вектор (тензор первого ранга, в трехмерной системе координат определяется тремя числами) – скорость, ускорение, сила.

Тензор второго ранга (в трехмерной системе координат определяется девятью числами) – тензор электромагнитного поля, тензор деформации.

Для построения тензорной математической модели необходимо ввести какую-либо систему отсчета.

Допуская, что ощущения, эмоции, память и мышление являются основными процессами, а остальные психические явления их различными производными, можно уподобить эти четыре процесса координатным осям некой обобщенной четырехмерной системы координат.

Обозначим оси этой системы следующим образом, учитывая при этом, что сами эти процессы, по сути, векторные величины: ощущения - 1, эмоции - 2, память - 3, мышление - 4. Тогда можно в явном виде записать тензор второго ранга, который содержит компоненты всех четырех векторов вышеуказанной системы:

$$A_{ik} = \begin{bmatrix} a_{11}a_{12}a_{13}a_{14} \\ a_{21}a_{22}a_{23}a_{24} \\ a_{31}a_{32}a_{33}a_{34} \\ a_{41}a_{42}a_{43}a_{44} \end{bmatrix},$$

где, например, a_{23} – есть третий компонент второго вектора, компонент памяти в векторе эмоции. Или a_{42} – есть второй компонент четвертого вектора, компонент эмоций в векторе мышления и т.д. Введенный, таким образом, тензор второго ранга будет характеризовать некое постоянное (инвариантное) свойство психики – «ядро» личности.

Тензорный характер вышеуказанного объекта состоит в том, что при различных изменениях его компонент тензор остается целостным. Например, при любых сочетаниях ощущений, эмоций, памяти и мышления личность остается всегда. При патологических состояниях (не при всех) также происходят изменения всех компонент тензора с сохранением его целостности. К примеру, при депрессивном синдроме изменяются все компоненты – ощущения («мир в мрачных тонах»), эмоции (сниженное настроение), память (вспоминаются события трагичные, мрачные) и мышление (замедление процессов мышления), но личность остается. Бред как нарушение мышления приводит к изменению других компонент и опять же тензор остается целым, то есть личность остается. Вместе с тем, в рамках данной модели разрушение тензора можно интерпретировать как распад личности, что имеет место при некоторых патологических состояниях. При психическом маразме о «ядре» личности говорить не имеет смысла.

Использовать введенный тензор можно двояко:

- при конкретизации компонент он будет характеризовать психическое состояние;

- моделировать различные процессы взаимодействия личности и среды.

Например, уравнение $S_i = A_{ik}V_k$ геометрически будет означать «превращение» вектора V под влиянием тензора A в вектор S, а фактически отклик (вектор S) личности в ответ на какое-то внешнее или внутреннее воздействие (вектор V).

В заключение хотелось бы отметить, что в данном виде модель вряд ли применима для практической деятельности и нуждается в дальнейшей разработке, конкретизации и множественных уточнениях.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Бережнева Е.В., Ховрина Л.В.

Государственное учреждение «Курганская областная психоневрологическая больница», г. Курган

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ) – самая распространенная причина нарушений поведения и трудностей обучения в дошкольном и школьном возрасте. Отличается возрастными характеристиками, несоответствующими норме: нарушением внимания; гиперактивностью и импульсивностью. Первые симптомы развиваются в возрасте до 7 лет. Недостаточная адаптация проявляется в различных ситуациях. Дифференциальный диагноз ГРДВ проводится со следующими состояниями: 1) индивидуальные особенности личности и темперамента; 2) тревожные расстройства; 3) резидуальные явления перенесенной черепно-мозговой травмы, инфекции; 4) астенический синдром при соматических заболеваниях; 5) расстройства развития школьных навыков; сенсоневральная тугоухость; эпилепсия; 6) побочные эффекты противоэпилептической терапии; 7) наследственные синдромы: Туэтта, Вильямса, Смита-Мажениса, Беквита-Видемана, фрагильной X-хромосомы; 8) психические расстройства; 9) аффективные расстройства; 10) умственная отсталость, аутизм, шизофrenия.

Гиперактивность. Дети с ГРДВ отличаются от сверстников высокой двигательной активностью уже в первый-второй годы жизни. Ребенок с ГРДВ остается чрезвычайно подвижным, активность всегда бывает бесцельной и не соответствует требованиям конкретной обстановки. Выраженность гиперактивности варьирует в дошкольном и младшем школьном возрасте. В дальнейшем она проявляется неусидчивостью, суетливостью, признаками двигательного беспокойства. Гиперактивность обычно служит наиболее ярким проявлением ГРДВ.

Импульсивность. Характерным признаком ГРДВ является слабость контроля импульсов. В старшем возрасте импульсивность проявляется в трудностях логичных рассуждений и планирования, повышен риск травматизации. Невнимательность и отвлекаемость. Нарушения внимания отчетливо проявляются с началом

школьного обучения. Дети с ГРДВ способны сохранять внимание не дольше нескольких минут из-за высокой отвлекаемости. Дети с ГРДВ не способны доводить выполнение заданий до конца, но во время любимых занятий и игр эти дети не только успешно справляются с поставленными задачами, но могут удерживать внимание до нескольких часов.

Диагностика ГРДВ должна строиться с учетом своеобразной возрастной динамики этого состояния. Симптоматика проявляется по-разному в дошкольном, младшем школьном и подростковом возрасте.

Дошкольный возраст. В возрасте 3-7 лет обычно проявляются гиперактивность и импульсивность.

Младший школьный возраст. В школе ему не удается достичь результатов, соответствующих способностям, гиперактивность продолжает оставаться значительно выраженной до 7-9 лет, а затем постепенно ослабевает.

Подростковый возраст. Гиперактивность у подростков значительно уменьшается или исчезает, однако импульсивность и нарушения внимания сохраняются.

Взрослый возраст. У 20-35% пациентов симптомы ГРДВ, претерпевая определенную возрастную трансформацию, продолжают отмечаться и в зрелом возрасте.

Коррекция ГРДВ должна носить комплексный характер и объединять различные подходы, в том числе методы модификации поведения, психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение. Широкое применение в лечении ГРДВ в настоящее время находят стимуляторы центральной нервной системы. Отечественными специалистами при лечении ГРДВ используются препараты ноотропного ряда. Они способствуют созреванию тормозных и регуляторных систем мозга. Целесообразно назначать их в виде монотерапии.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ

Лешкова И.Б.

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

В общей структуре причин инвалидности ведущее место как по России, так и в Курганской области занимают психические расстройства, 2 место - заболевания нервной системы, 3 место - врожденные аномалии развития, в том числе и болезни органов кровообращения. Специфика детской инвалидности состоит в том, что ограничение жизнедеятельности возникает в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений в период становления личности. В отличие от взрослых инвалидов, инвалидность в детском возрасте накладывает ограничение не только на проявление личности ребенка-инвалида, но и на ее формирование.

В структуре инвалидности по классам болезней в Российской Федерации в 2005 - 2007 годах 1 место занимают врожденные пороки сердца (ВПС): по России - 20,6%, по Курганской области удельный вес ВПС в 2005 г. - 16,7%, 2006 г. - 16,9%, 2007 г. - 18,8%.

Цель работы - провести анализ первичной инвалидности у детей с врожденными пороками в зависимости от возраста и пола.

Материал и методы: в исследовании использовались акты освидетельствования № 5 Главного бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области.

Таблица 1
Количество детей, признанных инвалидами с ВПС с 2005- 2007 годы

год	Признано инвалидами первично		Признано детей инвалидами с ВПС		% год	
	город	Село	Город	Село	Город	село
2005	168	164	20	17	11,9	16,3
2006	181	141	28	17	15,5	12,0
2007	222	36	29	21	13,6	15,4

Из таблицы 1 видно, что за последние 3 года количество детей-инвалидов с ВПС неуклонно увеличивается.

Таблица 2
Распределение детей, признанных первично инвалидами с ВПС по полу и возрасту за 2005-2007 годы

годы	всего	0-3 года		4-7 лет		8-14 лет		15-18 лет	
		м	д	м	д	м	д	м	д
2005	37	13	14	0	1	4	2	1	2
2006	45	0	17	19	2	2	2	3	0
2007	50	17	19	2	2	5	1	0	4

Из таблицы 2 видно, что наибольшее количество детей-инвалидов с ВПС в возрастной группе до 3-х лет, на 2-м месте дети 4-7 лет, в возрастной группе 15-18 лет численность инвалидов была наименьшей. Это говорит о высокой реабилитации детей в раннем возрасте. По клиническим формам преобладают тяжелые ВПС, которые дают высокий выход на инвалидность:

1. Дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток - 32%.
2. Общий артериальный ствол - 12%.
3. 3 - камерное сердце - 3%.
4. Тетрада Фалло - 28%.
5. Стеноз аорты комбинированный - 23%.
6. Аномалия Эбштейна - 2%.
7. Фиброзистооз - 2%.
8. Аномальный дренаж легочных вен + дефект межпредсердной перегородки - 2%.
9. Изолированный стеноз легочной артерии + дефект межжелудочковой перегородки - 3%.
10. Прочие - 11%.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что рост инвалидности детей раннего возраста с ВПС связан с диагностическими и лечебными возможностями городских детских поликлиник, областной детской поликлиники, клинических (кардиохирургических) центров г. Москвы, г. Тюмени, г. Челябинска, г. Новосибирска. Ранняя хирургическая коррекция тяжелых ВПС приводит к высокой выживаемости данной категории детей и, как следствие, к увеличению количества детей-инвалидов с ВПС в возрастной группе до 3-х лет.

ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ

Казанцева О.А.

*Федеральное государственное учреждение «Главное
бюро медико-социальной экспертизы по Курганской
области», г. Курган*

Проблема инвалидизации детей с нарушениями слуха является одной из актуальных медико-социальных проблем, что обусловлено ростом показателей инвалидности, структурой инвалидности вследствие болезней уха, уровнем социальной адаптации инвалидов.

Тугоухость и глухота - основная причина ограничений способности данного контингента инвалидов к общению, ориентации, обучению, трудовой деятельности.

Судьба слабослышащего или глухого ребенка определяется такими факторами, как возраст, в котором произошло нарушение слуха, сроком обнаружения дефекта, степенью понижения слуха и правильностью оценки потенциальных возможностей остаточной слуховой функции, а также своевременностью начала мероприятий, направленных на мобилизацию остаточных функциональных возможностей пострадавшего анализатора.

Общая схема реабилитации тугоухих и глухих детей складывается из нескольких этапов:

- выявление тугоухих детей на основе массового скрининга;

- углубленное исследование слуха для оценки степени его потери и определения локализации поражения слухового анализатора с помощью слуховых вызванных потенциалов, акустического импеданса, обратной акустической эмиссии улитки, а в более позднем возрасте (с 3-4 лет) - игровой аудиометрии;

- подбор слухового аппарата;

- подбор звукоусиливающей аппаратуры для занятий с сурдопедагогом;

- определение системы сурдопедагогических занятий с целью слухоречевого и общего развития глухого ребенка;

- медикаментозная терапия, направленная на стабилизацию слуха. Вся эта работа должна проводиться комплексно с участием отоларинголога, аудиолога, педиатра, психоневролога, сурдопедагога и слухопротезиста.

Изучен контингент детей, страдающих нарушениями слуха, впервые признанных инвалидами за последние 3 года по г. Кургану и Курганской области. Заключение: в возрастной структуре основную группу составляют дети-инвалиды от 0 до 3 лет в 2005г. - 41,0 %; в 2006г. - 33,0 %; от 4 до 7 лет в 2007г. - 54,0 %.

Таблица 2

*Структура инвалидности по половому признаку в
2005-2007гг. (впервые признанные)*

Возраст	2005г.		2006г.		2007г.	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
0-3 года	1	6	4	2	4	0
4-7 лет	4	1	2	2	6	1
8-14 лет	3	1	2	3	1	1
15 лет и старше	1	0	3	0	0	0
Всего	9	8	11	7	11	2
Всего	17		18		13	

Заключение: наибольшее количество детей - инвалидов приходится на лиц мужского пола.

Жизнь среди глухих и слабослышащих неблагоприятно влияет на психику ребенка, происходит формирование личности инвалида по образу мыслей, по мировосприятию. Вернуть человека в среду здорового образа жизни после многих лет, проведенных в среде лиц с отклонениями, очень сложно, для этого требуется глубокая психологическая коррекция.

Наряду с общепринятыми программами медицинской, социальной и профессиональной реабилитации важную роль в реабилитации ребенка-инвалида должна играть семья. Создание психологически благоприятной обстановки в семье – один из важнейших моментов реабилитации, интеграции ребенка-инвалида в здоровую речевую среду. Необходимо привлечение родителей ребенка в качестве активных непосредственных исполнителей реабилитационной программы.

Основными направлениями профилактики и снижения заболеваний органа слуха, приводящих к инвалидности в детском возрасте, являются:

- разработка и внедрение в практику детской оториноларингологии эффективных методов хирургического и консервативного лечения патологии органа слуха;

- создание единой системы медицинской, психологической, педагогической, профессиональной, семейной реабилитации;

- внедрение в широкую практику медико-генетического консультирования семей с врожденной и наследственной патологией, а также лиц, вступающих в брак;

- подготовка кадров и повышение квалификации детских оториноларингологов и сурдологов;

- координация и объединение усилий различных министерств и ведомств, направленных на профилактику и снижение уровня детской глухоты и тугоухости, приводящих к инвалидности.

Таблица 1

*Структура инвалидности по возрастным критериям в
2005-2007гг. (впервые признанные)*

Возраст	2005г.	2006г.	2007г.
0 - 3 года	7	6	4
4-7 лет	5	4	7
8-14 лет	4	5	2
15 лет и старше	1	3	0
Всего	17	18	13

ПЕЛЕНЧАТЫЙ ДЕРМАТИТ

Басова Л.М.

*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница № 2», г. Курган*

Современная патология характеризуется изменением этиологической структуры заболеваний: расширился спектр потенциально патогенных микроорганизмов, наблюдается рост таких инфекций, как хламидиоз, трихомониаз, кандидоз, генитальный герпес среди женщин, цитомегаловирусная инфекция.

Распространенность пеленчатого дерматита (ПД) по данным различных авторов составляет от 35 до 50%.

Состояние здоровья матери, микрофлора акушерского стационара, характер вскармливания новорожденного, его моррофункциональная зрелость, способ рождения ребенка приводят к нарушению микробиологической адаптации новорожденных. Мать является одним из наиболее вероятных источников контаминации плода и новорожденного. Дефицит нормофлоры, получаемой плодом при прохождении через родовые пути, позднее первое прикладывание к груди, увеличение сроков пребывания в родильном доме объясняют интенсивную контаминацию у детей путем кесарева сечения. Одним из значимых факторов, потенцирующих патологическую контаминацию новорожденного, является поступление через грудное молоко антибактериальных препаратов, назначаемых матери в интра- и послеоперационном периодах. Так частота контаминации новорожденных грибами кандида, по данным авторов, составляет от 63,9 % через естественное родоразрешение и до 82,7 % при кесаревом сечении.

Первично повреждающие факторы - трение, повышенная влажность, воздействие пищеварительных энзимов (липаза, протеаза), солей желчных кислот и микроорганизмов, анатомо-физиологические особенности кожи, способствуют быстрому развитию воспалительных изменений. Серьезным осложнением ПД могут быть различные формы гнойно-воспалительного процесса, абсцессы, инфильтраты, импетиго. Наиболее частым возбудителем при этом является золотистый стафилококк. Во всех случаях осложненного ПД обнаруживают грибковую флору.

Проведенный корреляционный анализ частоты контаминации новорожденных различных групп от женщин с благоприятным анамнезом (1 группа), новорожденных от матерей с отягощенным анамнезом показал зависимость уровня обсемененности от степени отягощенности антенатального анамнеза (наличие у матерей сочетанной соматической и гинекологической патологии, тяжелый токсикоз беременности, эндокринологические расстройства, угроза прерывания беременности).

Анализ течения антенатального периода выявил наличие урогенитальной или сочетанной патологии у значительной части матерей этих младенцев во время беременности.

Таким образом, основным в профилактике ПД является рациональный уход за кожей ребенка. Неоднозначность причин и патогенеза осложненных форм ПД

служит основанием для назначения комплексной терапии с назначением антибиотиков широкого спектра действия на грамм(+)флор (гентамицин, эритромицин), противогрибковых препаратов, эубиотиков. Риск развития ПД наиболее эффективно снижается при использовании одноразовых подгузников с высоким уровнем влагопоглощения.

АРТЕРИАЛЬНЫЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Новикова Е.В., Кныш Е.В., Горячок И.Г.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Больная К., 32 года, поступила в гинекологическое отделение Курганской областной клинической больницы 17.09.2007г. в 17:40 на 20-е сутки послеродового периода с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, рвоту, частый жидкий стул, повышение температуры до 38°-39°.

Роды 29.08.2007г.

В анамнезе 2-е родов, 4 миниаборта, внематочная беременность.

Из соматических заболеваний – вегето-сосудистая дистония, астено-вегетативный синдром после черепно-мозговой травмы (сотрясения головного мозга).

На учете по беременности с 7 недель в женской консультации г. Шадринска Курганской области.

Пациентка обследована согласно приказу №50.

Противопоказаний для вынашивания беременности не выявлено, но беременность отнесена к группе высокого риска. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания в сроке 15-16 недель. С 20-ти недель имелись патологические прибавки веса, за беременность прибавила 23 кг. С 31 недели развился гестоз средней степени, анемия I степени. От госпитализаций постоянно отказывалась. 29.08.2007г. произошли III срочные быстрые роды в головном предлежании. Продолжительность родов – 3 часа. I период – 2 часа 35 мин, II - период 15 мин, безводный период - 3 часа. Родился мальчик весом 3 800 грамм, ростом 52 см; 8/9 баллов по шкале Апгар.

Послеродовый период протекал с повышением t° до 37,3 - 37,6 в течение всех дней до выписки из роддома. Причиной гипертермии посчитали нагрубание молочных желез. Антибактериальная терапия не проводилась. Пациентка получала гипотензивные и сокращающие средства. Выписана домой 05.09.2007г. на VIII сутки.

Общий анализ крови при выписке: гемоглобин (Hb) - 87 г/л, лейкоциты (L) - $4,8 \times 10^9$ /л, СОЭ - 38 мм/час. В общем анализе мочи: белок (b) - 0,066 г/л, лейкоциты - 10-12, в мазке на gn L 20-25 кокковая флора. Ультразвукового исследования послеродовой матки не проводилось. Гистология плаценты - острый хориоидецидицит.

08.09.2007г. появились боли внизу живота, подъем t° до 38, познабливание.

10.09.2007г. госпитализирована в гинекологическое отделение Шадринской ЦРБ с диагнозом: послеродовый эндометрит. В общем анализе крови: Нв - 94 г/л, Л - 12,4*10⁹/л. В общем анализе мочи: б - 0,033 г/л, Л - 2-3, биохимия крови в пределах нормы, реакция Вассермана - отрицательная.

Назначена антибактериальная терапия: цефтриабол 1,0х2р в/в, амикацин 0,5х2р, метрогил 100х2р в/в, окситоцин в/м, виферон в свечах, инфузионная терапия в объеме 1000мл – кристаллоиды и крахмал.

Больная стационарный режим не соблюдала, постоянно уходила домой, в отделении появлялась через день.

По ультразвуковому исследованию выявлена лохикометра и остатки плацентарной ткани.

12.09.2007г. произведена вакуум-аспирация полости матки.

При бак.посеве молока, крови, мочи микрофлоры не выделено, при бак.посеве из цервикального канала выделен St.epidermidis, чувствительный к гентамицину и ванкомицину.

15.09.2007г. состояние пациентки резко ухудшилось: т° до 38, появились постоянные боли в эпигастрии, рвота, частый жидкий стул.

Осмотрена хирургом и терапевтом Шадринской центральной районной больницы. Данных по острой хирургической патологии не выявлено. Продолжена антибактериальная и инфузионная терапия.

17.09.2007г. больная отмечает усиление болей, особенно в левой подвздошной области, ухудшение общего самочувствия, сохраняется т°38°. После консультации с гинекологом Курганской областной клинической больницы больная переведена в гинекологическое отделение Курганской областной клинической больницы с диагнозом: острый послеродовый эндометрит, сепсис, начинающийся перитонит.

При поступлении состояние тяжелое: артериальное давление - 100/70 мм рт.ст., пульс – 100 ударов/мин, т°38, частота дыхательных движений - 18/мин, кожные покровы бледные. Живот вздут, болезненный во всех отделах, резко болезненный в левой фланковой области. Там же пальпируется плотный инфильтрат d 10-15 см. Симптомы раздражения брюшины положительные во всех отделах. Олигuria (мочи - 20мл).

При рентгенологическом и ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены раздутые петли тонкого кишечника, скопление газа по ходу кишечника, скопление жидкости в брюшной полости во фланках и в малом тазу, гепатомегалия. При ультразвуковом исследовании малого таза выявлены признаки лохикометры и наличие жидкости в позадиматочном пространстве.

В общем анализе крови: анемия, лейкоцитоз до 18*10⁹/л, СОЭ 32 мм/час. В общем анализе мочи: количество – 1050 мл, б - 0,77 г/л, Л 5-6, зернистые цилинды 3-4 в поле зрения, биохимия в пределах нормы.

Учитывая клинику перитонита, наличие инфильтрата в брюшной полости, принято решение об оперативном вмешательстве.

Во время операции выявлено, что в брюшной полости имеется примерно 1,5 литра прозрачной жидкости без запаха, матка увеличена до 6-ти недель, с гладкой бле-

стящей розовой серозой. Справа - труба отсутствует, яичник в норме, слева – придатки без особенностей.

При ревизии кишечника на границе тощей и подвздошной кишок обнаружен участок ишемических изменений гангренозного характера до 20 см, без пульсации брыжеечных сосудов в этой зоне.

Интраоперационный диагноз:

Острый мезентериальный сегментарный артериальный тромбоз с гангреной тонкой кишки.

Произведена резекция тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец.

Гистология: гангрена тонкой кишки сегментарная вследствие мезентериального тромбоза.

Мезентериальный тромбоз расценен как проявление акушерского сепсиса и вторым этапом произведена экстирпация матки с трубой и дренирование брюшной полости. В магистральных сосудах матки обнаружены единичные тромбы.

Гистология матки: острый эндоцервицит, острый эндометрит, острый перисальпингит.

При бак.посеве жидкости из брюшной полости микрофлоры не выделено.

В послеоперационном периоде больная находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии Курганской областной клинической больницы с 18 по 24 сентября 2007года. Проводилась инфузионная терапия в объеме 2-3 л, антибиотики цефосин, метранидазол, клексан 0,6х2р, наркотические и ненаркотические анальгетики.

Клинический диагноз на ХХI сутки послеродового периода: послеродовый метроэндометрит, метротромбофлебит, сепсис, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, острый мезентериальный артериальный тромбоз.

Для диагностики АФС больная обследована на ВА – результат положительный, реакция Вассермана - отрицательная. По коагулограмме признаки гиперкоагуляции: ПВ 22", фибриноген 7,88 г/л, РФМК >28 мг/100мл, концентрация Д-димера >3 мкг/мл (норма <0,5). Проведено ультразвуковое исследование сердца, патологии не выявлено.

25.09.2007 года на VIII сутки послеоперационного периода была диагностирована внутрибольничная инфекция - правосторонняя нижнедолевая пневмония, осложненная экскудативным плевритом, ДН 0 ст. Диагноз подтвержден клинически и рентгенологически. Лечение стандартное.

В послеоперационном периоде пассаж пищи по кишечнику восстановлен, диспептических симптомов нет, швы сняты на X сутки.

В течение всего послеоперационного периода больная получала антикоагулянты прямого действия (клексан), с 26.09.2007 г. переведена на варфарин.

Больная была выписана 12.09.2007 года из пульмонологического отделения на варфарине с рекомендацией длительного приема до 4-5 месяцев.

III. ТЕРАПИЯ

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Соломка О.В.

Государственное учреждение «Курганский областной кардиологический диспансер», г. Курган

Допплерографическое исследование почечных артерий при артериальной гипертензии необходимо, поскольку установление ранней стадии гипертонической нефропатии имеет значение для торможения процесса ремоделирования микрососудистого русла и прогрессирования нефроангиосклероза. Традиционное ультразвуковое исследование почек и допплерография позволяют также исключить нефрогенную артериальную гипертензию (рено-паренхиматозную, вазо-реальная, трансплантационную, смешанную).

100 пациентам (82 женщины и 18 мужчин) с артериальной гипертензией проведено ультразвуковое исследование почек (УЗИ) и допплерография почечных артерий с цветным картированием кровотока (ЦДК) на аппарате Aloka -1700. При направлении на ультразвуковое исследование почек диагноз гипертонической болезни 2 стадии был выставлен 80-ти больным, гипертонической болезни 3 стадии — 20-ти больным.

При УЗИ почек и допплерографии почечных артерий с ЦДК у 87 больных (87%) артериальная гипертензия квалифицирована как гипертоническая болезнь. У этих пациентов размеры почек были в пределах нормы, в 30% случаев наблюдалось снижение структурного индекса (разность длины почки и длины почечно-го синуса, отнесенное к длине почки) и уменьшение толщины паренхимы. При допплерографии почечных артерий у 50 пациентов (56,5 %) было выявлено повышение внутрисосудистого почечного сопротивления.

Вазренальная гипертензия выявлена у 3-х пациентов. Причиной вазренальной гипертензии у 2-х пациентов явилось наличие аберрантного сосуда (добавочной почечной артерии в сочетании с изгибом артерии). При стенозе почечной артерии в одном случае при допплерографии выявлено наличие кровотока в сегментарных артериях типа «*tardus parvus*», характеризующегося низким периферическим сопротивлением.

В одном случае при трансплантационной гипертензии (6 лет после трансплантации почки) в основном стволе почечной артерии пересаженной почки наблюдался высокоскоростной, с высоким сосудистым сопротивлением поток с эффектом «элайзинга».

У 10-ти пациентов в общем анализе мочи выявлены протеинурия, лейкоцитурия, низкий удельный вес мочи. Вторично-сморщенная почка на фоне хронического пиелонефрита была выявлена при УЗИ у 4-х больных. При допплерографии почечных артерий в

паренхиме почек этих больных регистрировался высокорезистивный кровоток, максимальная sistолическая скорость в артериях паренхимы была снижена (экстравазальная компрессия).

Таким образом, допплеровское исследование почечных артерий позволяет выявить причину артериальной гипертензии и установить ранние изменения в почечных артериях при нефроангиосклерозе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ВАЗИЛИПОМ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ I И II СТАДИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Сазонова Н.В., Дюльдин В.В., Михайлова Е.А.

Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова
Росмедтехнологий», г. Курган

Актуальность проблемы. К числу основных факторов риска дисциркуляторной энцефалопатии относится атеросклероз. Согласно современным представлениям, в основе патогенеза атеросклероза лежат два взаимосвязанных процесса: нарушение метаболизма, транспорта липидов и воспалительные изменения в сосудистой стенке. Статины – ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы – оказались самыми эффективными препаратами, снижающими уровень холестерина крови и стабилизирующими сосудистую стенку за счет pleiotropных эффектов (MacMahon S. et al., 1997;1998).

Цель исследования. При комплексном обследовании больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) атеросклеротического генеза I и II стадии выявить особенности нарушений липидного обмена и атеросклеротического поражения экстракраниальных артерий, показателей церебральной гемодинамики и когнитивных функций, оценить эффективность терапии статинами.

Материалы и методы. В исследование было включено 39 пациентов (средний возраст - $52,15 \pm 10,75$ года) с симптомами хронической недостаточности мозгового кровообращения I и II стадии и наличием дислипидемии. Диагноз и стадия ДЭП выставлялся с учётом критерии, предложенных И. В. Дамулиным (1997). Критериями включения в исследование были: 1) наличие клинических и нейропсихологических признаков ДЭП первой или второй стадии, 2) наличие дислипидемии: уровень общего холестерина выше 5 ммоль/л. Всем больным был назначен симвастатин (Вазилип – 20мг, KRKA, Словения) ежедневно на ночь.

Методы исследования включали динамическую оценку клинических, нейропсихологических, лабораторных и ультразвуковых параметров до начала лечения, а затем в динамике через месяц после назначения статинов. Все пациенты проходили детальный невро-

логический осмотр. При осмотре особое внимание обращалось на проявление часто встречающихся при ДЭП субъективных симптомов, таких как головная боль, головокружение, шум в голове, нарушения сна, повышенная утомляемость, снижение памяти. Исследование липидного обмена, состоящее из определения концентрации в крови общего ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ. Исследование экстракраниальных артерий проводилось с помощью ультразвуковой допплерографии брахицефальных отделов по стандартной методике.

Результаты. В ходе исследования были проанализированы особенности нарушений липидного обмена у больных с 1 и 2 стадией ДЭП. Отмечено, что больные с ДЭП 1 стадии имеют более высокий уровень ОХС, этот показатель составил $7,11 \pm 0,23$ ммоль/л против $6,15 \pm 0,47$ ммоль/л у пациентов с ДЭП 2 стадии. При ультразвуковом обследовании экстракраниальных артерий у 68% больных с ДЭП 1 стадии выявлены атеросклеротические бляшки, вызывающие стеноз до $29,3 \pm 2,80\%$. У 100% больных с ДЭП - 2 выявлен более значимый стеноз до $34,3 \pm 6,55\%$. Через месяц терапии Вазилипом целевых уровней ОХС достигли пациенты обеих групп. Уровень ХС ЛПНП снизился на 36,5%. Уровень ТГ снизился на 17,6%. При УЗДГ экстракраниальных артерий. Через 1 месяц лечения выявлено уменьшение толщины комплекса интима - медиа у всех пациентов. Отмечена плавная тенденция к уменьшению выраженности всех субъективных симптомов у больных обеих групп - улучшилось самочувствие, уменьшились головные боли, стали меньше беспокоить головокружения, шум в голове, нормализовался сон, повысилась работоспособность.

Таким образом, Вазилип является эффективным препаратом при лечении больных с ДЭП 1 и 2 стадии с сопутствующей дислипидемией. Всем пациентам была продолжена терапия Вазилипом 20 мг на длительный срок, с последующим контролем всех исследуемых показателей.

МЕТОДИКА СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Акулова О.А.
Государственное учреждение «Курганский областной кардиологический диспансер», г. Курган

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) прочно занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности населения в России, ведут к большим экономическим потерям, связанным с временной нетрудоспособностью и инвалидизацией лиц трудоспособного возраста. В связи с этим проблема ранней диагностики и профилактики ССЗ остается одной из актуальных проблем современного общества, а профилактическое направление в кардиологии приоб-

ретает общегосударственное значение и может быть реализовано в рамках национального проекта «Здоровье». Научной концепцией предупреждения ССЗ является концепция факторов риска (ФР), объединяющая две стратегии: «популяционную» и «индивидуальную». В связи с этим целью профилактических обследований является раннее выявление ФР и борьба с ними путем реализации следующих задач:

1. Изучить распространность ФР, применив методику скрининг-исследований.

2. Применить чувствительный, дешевый и наименее энергоемкий метод определения липидов крови.

3. Предложить индивидуальную координационную карту для каждого обследованного, содержащую перечень выявленных ФР, вероятность сосудистых событий на ближайшие десять лет и лечебно – профилактические мероприятия.

4. Сформировать группы «высокого», «умеренного», «низкого» риска ССЗ и предложить перечень мер, направленных на снижение заболеваемости.

Материалы и методы. Используется комплексный системный подход, включающий лабораторный метод диагностики (Скрининг – тестирование на анализаторе концентрации липидов (АКЛ) – 01 «Зонд» либо с помощью аккутранда «Rosh»). Измерение артериального давления по общепринятой методике дважды, с учетом среднего значения двух измерений. Антропометрию с последующим вычислением индекса Кетле и Брука. Статус курения. Данные о количестве обычно употребляемого алкоголя. Характеристики физической активности. Анализ характера питания, в частности, водно-солевой нагрузки.

Основные этапы обследования: 1) выявление ФР методом автоинтервьюирования, согласно критериям, представленным выше; 2) составление протокола, содержащего показатели липидограммы и баллы по опроснику Роузе; 3) создание индивидуальной координационной карты, содержащей выявленные ФР, прогнозируемые сосудистые события и мероприятия, направленные на изменение привычек питания, образа жизни, контроля за весом и уровнем артериального давления.

В результате ожидается: 1) Получение достоверной информации об исходной ситуации в регионе вокруг заболеваемости ССЗ и распространности ФР. 2) Выявление векторных направлений профилактики ССЗ у каждого индивидуально и в популяции в целом. 3) Совершенствование современного интегрированного подхода в организационно-методическом и информационно-аналитическом обеспечении профилактики ССЗ.

Итогом реализованной программы явится снижение заболеваемости и смертности от ССЗ путем мероприятий, осуществляемых в рамках межсекторального сотрудничества служб здравоохранения, местного правительства, внебюджетными организациями, органами культуры и предприятиями общественного питания.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Плотников Н.В., Хиева Е.В.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Ожирение и сахарный диабет (СД) 2-го типа признаны Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) неинфекционными эпидемиями нашего времени в связи с их широкой распространностью среди населения, высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией больных и высокой смертностью. Метаболический синдром представляет собой сочетание различных метаболических нарушений, являющихся факторами риска раннего развития атеросклероза и приводящих к формированию комплекса взаимосвязанных хронических заболеваний – артериальной гипертонии, сахарного диабета, ожирения, дислипидемии, в основе которых лежит инсулинорезистентность. Высокий уровень инсулинорезистентности способствует развитию гипертриглицеридемии, повышению уровня липопротеидов низкой (ЛНП) и очень низкой (ЛПОН) плотности, снижению уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Дислипидемия является одним из основных признаков метаболического синдрома и факторов риска раннего развития атеросклероза.

Целью исследования явилось изучение влияния аторвастатина и симвастатина (Аторис - 10,0 мг, Вазилип – 20,0 мг, KRKA, Словения) на показатели липидного обмена у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы: проведено обследование 24-х пациентов (14-ти женщин и 10-ти мужчин), средний возраст $61,4 \pm 3,2$ года. У всех пациентов отмечалось ожирение по абдоминальному типу различной степени выраженности, сахарный диабет 2-го типа, продолжительностью $6,8 \pm 4,2$ лет, артериальная гипертензия I, II степени. Средняя масса тела составила $99,87 \pm 14,76$ кг, индекс массы тела (ИМТ) $39,1 \pm 4,9$ кг/м². Ожирение I степени отмечалось у 6-ти пациентов, ожирение II степени - у 12-ти, III степени - у 6-ти больных. Все пациенты получали стандартную сахароснижающую (глибенкламид+метформин) и антигипертензивную (иАПФ+амлодипин) терапию и атровастатин или симвастатин (Аторис, Вазилип, KRKA, Словения) в дозе 10 мг/сут. или 20 мг/сут. соответственно в течении 2-х месяцев на фоне рекомендаций по соблюдению диеты и повышению физической активности.

В ходе исследований проведено определение липидного спектра крови (общий холестерин - ОХ, триглицериды - ТГ) через 1 и 2 месяца от начала терапии. По результатам оценивалось состояние функционирования липидтранспортной системы. Назначение аторвастатина или симвастатина (Аторис – 10 мг, Вазилип –

20,0 мг, KRKA) оказывало положительное влияние на показатели липидного обмена. Согласно результатам исследования терапия Аторисом 10 мг или Вазилипом 20 мг в сутки на протяжении 2-х месяцев обеспечила достоверное снижение ОХ на 29,97%, ТГ на 26,34%.

Таким образом, Аторвастатин в дозе 10мг/сутки или Симвастатин в дозе 20 мг/сут. (Аторис, Вазилип, KRKA, Словения) уже при 2 - месячном применении у пациентов с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа показал выраженную гиполипидемическую активность.

СТАТИНЫ - СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТОВ (ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Иванова Т.Н., Гизатуллин А.И., Шатина И.Н.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Основными причинами ишемического инсульта (ИИ) являются атеросклероз, а чаще атеротромбоз магистральных артерий или пенетрирующих артерий головного мозга (лакунарный инсульт) и тромбоэмболия, при которой эмболом могут быть фрагменты атеросклеротической бляшки.

Эффективность статинов в профилактике сердечно-сосудистых осложнений неоспоримо доказана. Согласно результатам 5-ти крупных исследований (4S, CARE, LIPID, WOSCOPS, TexCAPS/AFCAPS) было обнаружено уменьшение риска развития мозгового инсульта у лиц, получавших статины по сравнению с группой плацебо. Однако статистически достоверное снижение частоты мозговых инсультов наблюдалось только в исследованиях по вторичной профилактике, т.е. у больных с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС). В исследованиях 4S (симвастатин), MIRACL (аторвастатин) среди всех 20703 наблюдавшихся больных произошло 718 инсультов (3,5%), причем в группе получавших статины было 310 инсультов, а в группе плацебо - 408. Таким образом, наряду с другими благоприятными эффектами, статины у больных с различными формами ИБС на 23% уменьшали риск развития мозгового инсульта. На основе данных, полученных в исследовании 4S, липидснижающая терапия симвастатином была включена в перечень мероприятий по первичной профилактике мозгового инсульта у больных с ИБС и умеренно повышенным уровнем общего холестерина плазмы (США, 1998 г.). Этот вопрос особенно важен, поскольку большинство больных без ИБС, но с несколькими факторами риска развития инсульта в настоящее время не получают лечение статинами.

Механизмы снижения риска инсульта статинами: торможение воспалительных процессов в атеросклеротических бляшках и сосудистой стенке; стабилизация атеросклеротических бляшек; антитромбоцитарное и антиоксидантное действие; улучшение функции со-

судистого эндотелия и сосудистой реактивности; улучшение реактивности мозговых артерий, в основе которой повышение секреции оксида азота.

Перспективным направлением применения статинов становится возможность с их помощью предупредить развитие клинических проявлений и осложнений атеросклероза у пожилых. Актуальность такой задачи связана с тем, что к 2020 г. более 20% населения индустриально развитых стран будут старше 65 лет, а назначение гиполипидемической терапии снижает не только частоту развития сердечнососудистых осложнений у лиц в возрасте 70 - 82 лет, но и риск развития мозгового инсульта и деменции. Другим важнейшим вопросом лечения больных с цереброваскулярными заболеваниями является предупреждение повторного нарушения мозгового кровообращения. Влияние агрессивной липидснижающей терапии аторвастатином 80 мг/сут против плацебо на риск развития цереброваскулярных (первичная цель) и кардиоваскулярных (вторичная цель) осложнений у больных с перенесенным мозговым инсультом или транзиторными ишемическими атаками (ТИА) в анамнезе изучается в исследовании SPARCL. В исследовании участвует 4200 больных старше 18 лет с документированными ТИА или мозговым инсультом в течение 16 месяцев до рандомизации. Предполагаемая длительность наблюдения около 5 лет. Если в ходе исследования SPARCL будет доказана основная гипотеза, то в рекомендации по лечению больных с нарушениями мозгового кровообращения без клинических проявлений атеросклероза коронарных артерий и магистральных сосудов нижних конечностей будут внесены значительные дополнения.

Таким образом, назначение статинов с целью профилактики инсультов считается целесообразным, в особенности лицам среднего и пожилого возраста с ИБС в анамнезе.

СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙ ПОРФИРИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Зыкова Т.П., Ефимов А.В., Нужина Т.В.
Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница №2», г. Курган

Порфирии – группа наследственных заболеваний, характеризующихся генетически детерминированным снижением или полным отсутствием активности одного из ферментов, участвующих в биосинтезе гема, что приводит к образованию избыточных количеств порфиринов или их предшественников и уменьшению образования гема.

Порфирии встречаются с частотой от 1 до 10 на 100 000 человек в различных регионах мира, наиболее часто – в северо-западных регионах Европы, особенно в Скандинавских странах.

В зависимости от места преимущественного синтеза порфиринов или их предшественников порфирии подразделяют на две большие группы – эритропоэти-

ческие и печеночные. Наряду с классификацией порфирий в зависимости от места синтеза порфиринов существует классификация, основанная на преобладании в клинической картине светочувствительности или неврологических нарушений. Выделяют три большие группы порфирий: с кожной фотосенсибилизацией, острые или индуцированные порфирии (протекающие преимущественно с неврологическими нарушениями или в сочетании с кожной фотосенсибилизацией) и двойные порфирии.

Острые (индуцированные) порфирии характеризуются острым течением, выраженными неврологическими нарушениями и провоцируются различными эндогенными или экзогенными факторами. Предрасполагающими факторами могут быть беременность, роды, прием оральных контрацептивов, алкоголь, стрессы, ситуации, ряд лекарственных препаратов, среди которых барбитураты, препараты валпроевой кислоты, сульфаниламидные препараты и некоторые другие.

Как правило, приступ острой перемежающей порфирии начинается с абдоминальной симптоматики, обусловленной поражением вегетативной нервной системы. Наиболее характерным признаком являются боли в животе. Они интенсивные, могут локализоваться в эпигастре, в правой подвздошной области, в правом подреберье и требовать исключения острой хирургической патологии. Кроме интенсивных болей в животе больных беспокоят рвота, тошнота, запоры или поносы. Характерным признаком является выделение розовой или красной мочи.

Доминирующим проявлением приступа могут быть психические расстройства (тревога, депрессия, нарушения сна). В тяжелых случаях развивается делирий и нарушение сознания. Почти у четверти больных развиваются генерализованные судорожные припадки, служащие неблагоприятным прогностическим признаком.

Наиболее опасные осложнения порфирии связаны с полинейропатией, основным проявлением которой является вялый тетрапарез. В отличие от других полинейропатий, при порфирии первыми нередко вовлекаются руки с развитием брахиального пареза, а не ноги, и проксимальные, а не дистальные отделы конечностей. Иногда парезы бывают асимметричными. По мере прогрессирования полинейропатий, которое часто продолжается в течение 1-4 недель, проксимальные парезы дополняются или сменяются дистальными, выпадают сухожильные рефлексы. Летальным исходом заканчиваются 10 – 30% случаев, протекающих с тяжелой полинейропатией. Непосредственными причинами летального исхода бывают паралич дыхательных мышц, бульбарный синдром, «внезапная смерть». У выживших восстановление начинается спустя 2 -3 недели после того, как полинейропатия достигнет максимума. Полное восстановление наблюдается достаточно часто, но может растянуться на несколько лет.

Для постановки диагноза острой перемежающей порфирии помимо клинических проявлений имеют значение следующие лабораторные данные: в общем анализе крови могут наблюдаться нормохромная анемия, лейкоцитоз; во время приступа заболевания появ-

ляется красный цвет мочи, а в общем анализе мочи определяется микрогематурия, альбуминурия. Патогномоничными являются следующие лабораторные признаки: резко увеличенная экскреция с мочой порфобилиногена, б-аминолевулиновой кислоты, увеличенный уровень порфобилиногена и б-аминолевулиновой кислоты в плазме крови, повышенная экскреция с мочой уропорфирина и копропорфирина, низкая активность порфобилиногендезаминазы в эритроцитах.

Для лечения большое значение имеет помещение пациента в отделение интенсивной терапии и обеспечение адекватной дыхательной поддержки и гемодинамики. Основная патогенетическая задача – подавить избыточную активность фермента АЛК – синтазы. Для этого вводят углеводы и препараты гема. Проводя симптоматическое лечение, следует учитывать порфиригенное действие многих лекарственных препаратов. Для лечения артериальной гипертензии применяют В-адреноблокаторы, при их неэффективности – симпатолитики. Для купирования болевого синдрома в лёгких случаях ограничиваются парацетамолом или некоторыми нестероидными противовоспалительными препаратами, в тяжёлых – назначаются наркотические анальгетики. Кроме того, необходимо поддерживать водно – электролитный баланс. Ни один из противосудорожных препаратов не может считаться безопасным, поэтому они назначаются лишь в самых крайних случаях. Для лечения дополнительно применяют плазмаферез. Восстановлению двигательных функций способствует лечебная гимнастика и массаж.

Для профилактики большое значение имеет обследование членов семьи больного. Пациентов нужно проинформировать о факторах, провоцирующих обострение, а также снабдить полным списком опасных препаратов.

Пациентка Б. поступила в неврологическое отделение МУЗ «Городская больница № 2» г. Кургана с жалобами на слабость в руках, отсутствие движений в ногах, одышку, сердцебиение. Из анамнеза было известно, что больна около 4-5 месяцев, стала беспокоить слабость в ногах, которая постепенно нарастала. За медицинской помощью длительно не обращалась, полное клиническое обследование проведено не было. Резкое ухудшение самочувствия отметила за несколько дней до поступления в стационар, когда из-за слабости в ногах не смогла самостоятельно передвигаться, ослабли руки, появились нарушения дыхания. При поступлении состояние больной расценивалось как тяжелое. В неврологическом статусе отмечались эйфория, снижение критики к своему состоянию, тетрапарез, более выраженный в ногах, мышечная атония, патологические стопные знаки с двух сторон. По результатам проведенного обследования обращали на себя внимание в общем анализе крови гипохромная анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, в биохимическом анализе крови – увеличение активности аминотрансфераз. Кроме того, отмечался красный цвет мочи, а также микрогематурия и повышенное содержание белка в моче. Анализ мочи на содержание б-аминолевулиновой кислоты дал положительный результат. Пациентке проводилось лече-

ние в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Несмотря на проводимое лечение, наступила смерть больной при нарастающих явлениях дыхательной недостаточности.

На основании данных истории болезни и результатов патологоанатомического исследования установлено, что смерть больной Б. наступила в результате острой порфирии, диагноз которой при жизни был установлен на основании клинической картины и биохимических исследований.

ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ У ЧЕЛОВЕКА И ДОМАШНИХ ЖИВОТНЫХ

Лабутина Н.В., Махнина Н.К., Чернов А.В.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория
Южно-Уральского научного центра РАМН, г. Курган
Государственное учреждение «Клинический центр
гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского,
г. Курган

Центр ветеринарной медицины, г. Курган

Хеликобактериоз – инфекционное заболевание, вызываемое бактериями, имеющими выраженную тропность к эпителию желудочного типа человека и животных. Это антропоноз, который играет важную роль в патологии пищеварительной системы.

Источником заражения *H.pylori* является инфицированный человек, кошки, собаки, свиньи, крупный рогатый скот и обезьяны (макака-резус). Объектом передачи инфекционного начала могут быть загрязнённые руки, слюна, капли слюны или мокроты при кашле.

Helicobacter pylori – спиралевидная грамотрицательная бактерия-палочка, инфицирующая различные области желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Многие случаи язвенной болезни желудка и ДПК, гастритов, дуоденитов и, возможно, некоторые случаи лимфом желудка и рака желудка этиологически связаны с инфицированием *Helicobacter pylori*. Однако у многих инфицированных носителей *Helicobacter pylori* не обнаруживается никаких симптомов заболевания.

Виды рода *Helicobacter* spp. являются единственными известными на сегодняшний день микроорганизмами, способными длительно выживать в чрезвычайно кислом содержимом желудка и даже колонизировать его слизистую. Спиралеобразная форма бактерии связана с приобретением этим микроорганизмом в ходе эволюции способности проникать в слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки. Такая форма облегчает её движение в слизистом геле, покрывающем слизистую оболочку желудка. Бактерии сами по себе язвы желудка или двенадцатиперстной кишки не вызывают, но провоцируют воспалительные процессы в желудке и ослабляют естественную защиту слизистой от воздействия кислотной среды желудка, при этом *H.pylori* стимулирует гиперсекрецию соляной кислоты, воздействуя на механизмы её регуляции.

Хотя *H.pylori* остаётся наиболее медицински значимой бактерией, способной обитать в желудке челове-

ка, других млекопитающих и некоторых птиц, были обнаружены и другие представители рода *Helicobacter*. Некоторые из них способны заражать и человека. Виды рода *Helicobacter*, способные вызывать поражения и заболевания печени, были также обнаружены у некоторых млекопитающих. В настоящее время известно более 19 видов представителей рода *Helicobacter*, обнаруживающихся у различных животных и птиц. На поверхности слизистой оболочки желудка человека, кроме *H.pylori*, нередко определяются *H.cinaedi* и *H.heilmanni*. Местом постоянного обитания этих микроорганизмов является слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта кошек и собак. При попадании этих микроорганизмов в желудок человека они могут участвовать в развитии острой воспалительной реакции. Хеликобактер был выделен из кала, слюны и зубного налёта инфицированных пациентов, что объясняет возможные пути передачи инфекции – фекально-оральный или орально-оральный (например, при поцелуях, кормлении рот в рот). Есть случаи обнаружения *H.pylori* во внешней среде (водоёмы с «мягкой» водой).

Способность *H.pylori* колонизировать слизистую желудка и вызывать гастрит либо язву желудка зависит не только от состояния иммунитета организма хозяина, но и от наличия и количества у конкретного штамма бактерии специфических факторов вирулентности, определяющих её специфическое взаимодействие с организмом хозяина и её патогенность. *H. pylori* проявляет свою патогенность через разные механизмы – образует цитотоксины, провоспалительные субстанции, изменяет секрецию желудка. Патогенные свойства штаммов носят не однотипный характер.

Диагностика хеликобактерной инфекции производится путём опроса больного на наличие диспептических жалоб и симптомов, и затем выполнения тестов, которые могут помочь подтвердить или опровергнуть факт наличия хеликобактерной инфекции. Сложнее обстоит дело с животными. Путём сбора анамнеза и первичного осмотра обращают внимание на рвоту, диспептический синдром, умеренно выраженную разлитую болезненность в области эпигастрия, повышенную кровоточивость дёсен.

Для достоверного суждения о наличии *Helicobacter pylori* человека и животных необходимо использование, как минимум, двух различных методов, что особенно важно при оценке эффективности антихеликобактериозной терапии. Неинвазивные (не требующие эндоскопии) тесты на наличие хеликобактерной инфекции включают в себя определение титра антител в крови к антигенам *H.pylori* (ИФА исследование). Но для контроля над проводимой терапией он не подходит, поскольку антитела в крови сохраняются в течение длительного времени (от 4 до 24 месяцев) после проведенного лечения, когда самих бактерий в желудке уже нет.

Нами проведено более 480 скрининговых исследований ИФА методом в ветеринарной и 383 в гуманитарной клинике, которые показали высокую видовую специфичность иммунологических реакций человека и животных. Если в гуманитарной клинике число положительных результатов скриннинга составило 52,7%, то в ветеринарной около 5%.

Но самым надёжным методом диагностики НР инфекции, по нашим данным, остаётся биопсия, производимая во время эндоскопического обследования желудка и ДПК. Взятую при биопсии ткань слизистой подвергают быстрому тестированию на наличие уреазы и антигенов хеликобактера, гистологическому исследованию ($n = 152$). Принцип метода Геликобактер - Теста заключается в регистрации специфической уреазной активности биоптата или гомогената, обусловленной присутствием *H. pylori*. Данный тест пригоден для идентификации сaproфитно существующих в ротовой полости *H.pylori*, для чего используется в качестве материала для анализа зубной налёта. Целенаправленное клинико-лабораторное исследование, по нашим данным, увеличивает число положительных «НР - диагнозов» до 65%.

Однако ни один из методов диагностики, включая ПЦР (полимеразная цепная реакция), не является полностью достоверным и защищённым от диагностических ошибок и неудач. В частности, результативность биопсии в диагностике хеликобактерной инфекции зависит от места взятия биоптата, поэтому при эндоскопическом исследовании обязательно взятие биоптатов из разных мест слизистой желудка, а именно: ДПК, антравального отдела и свода желудка. Тесты на наличие антител к антигенам хеликобактера имеют чувствительность всего лишь от 76% до 84%.

Если для человека разработаны стандарты лечения хеликобактериоза, то для домашних животных они отсутствуют, и лечение остаётся, главным образом, симптоматическим, оставляя проблему реинфицирования в целом нерешенной.

Таким образом, *H.pylori* остается недостаточно изученной проблемой современной гастроэнтерологии как с точки зрения эпидемиологии инфекции, так и с точки зрения санации ареала обитания, что требует совместных научных усилий гуманитарной и ветеринарной медицины.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЧА КАК СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАХИАРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ ОКД

Зайкина И.Ш., Кузнецова Н.В.

Государственное учреждение «Курганский областной кардиологический диспансер», г. Курган

Катетерная радиочастотная абляция (РЧА) в настоящее время стала методом выбора для лечения большинства форм пароксизмальных наджелудочных тахикардий, синдромов предвозбуждения, мономорфной желудочковой тахикардии. В данных случаях применение катетерной абляции обосновано высоким процентом эффективности и низкой частотой осложнений, что подтверждается и нашими данными.

Феномен прекращения тахиаритмии в процессе радиочастотного воздействия (так называемый феномен «абляционного купирования») является одним из

важнейших критериев точности вмешательства в функционирование соответственного субстрата аритмии и фактором эффекта самой процедуры. Примером может служить исчезновение Δ - волны и купирование ортодромной тахикардии за счет ретроградной блокады у больных с синдромом Вольфа – Паркинсона – Уайта, абляционное купирование трепетания предсердий (ТП). Для других видов тахиаритмий, в частности фибрилляции предсердий (ФП), рекомендуется избирательное применение катетерной аблации. К ним относятся: циркулярная изоляция устьев легочных вен, аблация ганглионарных сплетений левого предсердия, при сочетании типичного ТП производится и аблация каво – трикуспидального перешейка.

С 2007 года в государственном учреждении «Курганский областной кардиологический диспансер» активно ведется отбор и направление пациентов для получения высокотехнологической помощи благодаря финансированию национального проекта «Здоровье». Пациенты с нарушением ритма сердца направлялись в основном в НИИ ПК им. акад. Е.Н.Мешалкина (г. Новосибирск), единицы - в Тюменский кардиоцентр. Всего в течение 2007 года катетерную радиочастотную аблацию (РЧА) получили 62 человека (в 2006 году – 22 человека).

При отборе и направлении на РЧА учитывалось: 1) непрерывно рецидивирующие формы тахиаритмий, сопровождающиеся гемодинамическими нарушениями; 2) резистентность к антиаритмическим препаратам (ААП) или их непереносимость; 3) нежелание самого пациента длительно принимать ААП или желание отдать предпочтение РЧА – долгосрочной лекарственной терапии.

Первую группу (27 чел. - 43,5% от общего количества) составили пациенты, получившие РЧА по поводу атриовентикулярной узловой реципрокной тахикардии, РЧА дополнительно проводящих путей. Возрастная категория от 20 до 69 лет. Лица трудоспособного возраста в I группе составили 20 человек (74,1%). В течение года возобновление тахикардии наблюдалось только у двух человек. Вторая группа составила 5 человек, с пароксизмальными предсердными тахикардиями (в основном эктопическими), рецидивов не зарегистрировано. Возрастной состав от 30 до 45 лет. Третья группа тоже 27 человек (43,5% от общего количества). Сюда вошли пациенты, страдающие ФП – ТП. Лица трудоспособного возраста - 21 человек, из них уже имели II-III группу инвалидности по данной патологии 10 человек. После РЧА всем без исключения были назначены ААП. Из 27-ми пациентов у 8-ми человек срывов ритма не наблюдалось, у 9-ти человек - по частоте срывы значительно реже; у 5-ти человек (18,5%) - результат отрицательный. При анализе выявилось, у всех 5-ти пациентов «кардиологический» стаж 10 – 15 лет, форма ФП – ТП больше носит непрерывно рецидивирующий характер, нежели пароксизмальный.

По вышеперечисленным результатам можно сделать вывод, что метод РЧА в лечении тахиаритмий является высокоэффективным для пациентов с АВ – узловыми, реципрокными тахикардиями и с участием

дополнительно проводящих путей. Положительные результаты - до 95% случаев.

У пациентов с ФП – ТП эффективность лишь до 30%. Для улучшения результатов от нас требуется своевременное направление до перехода в хроническую рецидивирующую форму мерцающей аритмии для хирургической коррекции стойких форм наджелудочковых тахиаритмий.

О ПРОБЛЕМАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОЛИКЛИНИКАХ И БОЛЬНИЦАХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Моисеев В.Н.

Государственное учреждение «Введенская областная противотуберкулёзная больница №3», Курганская область, Кетовский район, пос. Чернавский

В национальном проекте «Здоровье» большая роль отводится улучшению диагностики заболеваний. В развитых странах ещё полвека назад лечебные учреждения, имеющие поликлинический приём, использовали до 45% своего бюджета на диагностику. Сейчас планируется создание крупных диагностических центров, оснащаемых современным оборудованием, для чего выделяются необходимые средства. Современные методы диагностики, включающие компьютерную томографию, инвазивную диагностику, диагностическую торакотомию, а также инновационные методы лечения позволяют говорить о туберкулезе, как о заболевании с хорошими шансами на полное излечение. Однако сегодня от туберкулеза умирает в 2,5-3 раза больше людей, чем погибает в ДТП. Очевидно, что не все пациенты, включая больных туберкулёзом, смогут проходить обследование в высокотехнологичных центрах. Поэтому должны использоваться все имеющиеся возможности улучшения диагностики туберкулеза.

С 1986 года персональный рентген-архив на больных, поступающих во Введенскую областную туберкулёзную больницу №3, передается из Курганского областного туберкулёзного диспансера (КОПТД). После выписки пациента архив возвращается обратно. Тем самым количество рентген-исследований было сокращено на 46%, расходование рентген-плёнки - на 40%. А главное, исключено было дублирование рентген-обследования больных. Диагностика при этом улучшилась.

Нами был проведен анализ около 10 тысяч историй болезней за 20 лет. Он показал, что от 13 до 20% больных нуждались в дообследовании в нашей больнице после обследования в КОПТД. Пациенты с неясным диагнозом также направляются во Введенскую областную туберкулёзную больницу №3, в распоряжении которой устаревшее оборудование (аппарате «Рентген - 30» 1979 года выпуска). Расхождение окончательного диагноза с диагнозом при поступлении по нозологии

составляет от 5 до 6,5%. Значит, каждому 16-17 пациенту была противопоказана госпитализация в туберкулезную больницу. Зачастую один и тот же больной по 5-7 раз ежегодно поступает в нашу больницу и выписывается за грубые нарушения больничного режима. Вследствие чего статистика становится недостоверной, поскольку нет преемственности между КОПТД и другими больницами. Один и тот же больной может поступить в стационар с закрытием (или не закрытием) полостей распада несколько раз в год и попасть в статистику как разные больные. Кроме того, необходимо решать вопрос о принудительном лечении больных, уклоняющихся от лечения, поскольку они контактируют со здоровыми людьми в общественном транспорте, магазинах и других местах. Недопустима также ситуация, когда из областного центра больной направляется в деревню, где расположена наша больница, с рекомендацией проконсультировать его узкими специалистами (кардиологом, психиатром, эндокринологом и т. д.) для определения и назначения лечения сопутствующего заболевания.

В связи с этим представляется целесообразным открытие современного диагностического отделения для больных с заболеваниями лёгких во Введенской областной туберкулёзной больнице №3. Поскольку при неясной патологии в диагностический ряд почти всегда включается туберкулёз лёгких, то это отделение должно функционировать при туберкулёзном диспансере, с возможностью обследования в нем больных из других лечебных учреждений, пациентов с сопутствующими заболеваниями. Кроме того, такое отделение может служить первоначальной базой подготовки кадров для будущих диагностических центров. Также давно назрела необходимость создания единой автоматизированной базы данных, в которой будут сконцентрированы полные данные на больного туберкулёзом лёгких.

ТОКСОКАРОЗ КАК ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Труфанова Е.Г.
Муниципальное учреждение «Курганская городская поликлиника № 4», г. Курган

Симптоматика токсокароза очень разнообразна. Поэтому с ним могут встречаться врачи самых разных специальностей – педиатры, терапевты, окулисты, гематологи, гастроэнтерологи, невропатологи, дерматологи и другие.

T.canis обычно паразитирует у собак, волков, лисиц, песцов и других представителей семейства псовых. Пораженность собак токсокарозом практически во всех районах Курганской области очень высокая - 40-50 % и выше. В сельской местности пораженность может достигать 100 %. Наибольшая пораженность отмечается у щенков 1-3- месячного возраста.

Для человека токсокароз - зоонозная инвазия. Она характеризуется тяжелым, длительным и рецидивирующими течением, полиморфизмом клинических проявлений, обусловленных миграцией личинок токсокар по различным органам и тканям. В зависимости от преобладающих симптомов выделяют висцеральный и глазной токсокароз.

Учитывая клинику данного заболевания и группы риска, проведено обследование следующих групп:

I. Профессиональные водители, автослесари. Зарождаются при контакте с элементами почвы. Обследовано 12 человек. Из них у 3-х обнаружены титры 1: 400 (25%), что говорит о носительстве токсокароза, у 1-го – титры 1: 800 (8,3 %), что свидетельствует о заболевании.

II. Владельцы приусадебных участков. Обследовано 10 человек. У 2-х обнаружены титры 1: 400 (20 %).

III. Пациенты с затяжными и рецидивирующими бронхитами, бронхиальной астмой. В клинике токсокароза поражение легких одно из ярких проявлений. Обследовано 5 человек. У одного пациента обнаружены титры 1:800 – 20 %.

По литературным данным среди лиц с клинико-эпидемиологическими признаками токсокароза из «группы риска» антитела к токсокарам в сорологических реакциях в 2004 году выявились у взрослых в 21,3 %, что соответствует аналогичным показателям контрольной группы, обследованной в нашей поликлинике.

Выводы

1. Высока вероятность маскировки токсокароза под другие заболевания.

2. Врачи различных специальностей при обследовании больных должны помнить о токсокарозе.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА (КРЕСТОРА) У БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Мальков К.Л.
Государственное учреждение «Курганский областной кардиологический диспансер», г. Курган

Розувастатин (крестор), гиполипидемический препарат фирмы Astra Zeneca (Великобритания), относится к классу статинов, снижающих синтез холестерина в печени. Целью лечебного вмешательства является снижение у пациентов уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и повышение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛНВП). Изменяя уровень ЛПНП и ЛНВП, мы влияем на течение болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Целью наблюдения была оценка эффективности и безопасности 8-недельной терапии у пациентов с гиперлипидемией II типа.

Материалы и методы

Наблюдение проведено простым открытым методом на базе поликлиники. В группу наблюдения были включены 12 пациентов (мужчин и женщин) с ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, а также пациенты после операции

- аортокоронарного шунтирования - в возрасте 40-65 лет с первичной гиперхолестеринемией: с уровнем общего холестерина сыворотки $>5,5$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $>4,0$ ммоль/л, триглицеридов $<4,5$ ммоль/л.

Критериями исключения были: гиперчувствительность к статинам, нарушения функции печени или стойкое повышение уровня трансаминаз в сыворотке крови, беременность и кормление грудью, почечная недостаточность (креатинин >180 ммоль/л, мочевая кислота >450 ммоль/л, калий $>5,5$ ммоль/л), алкоголизм и наркомания, онкологические заболевания.

Наблюдение началось с 4-х недель «чистого фона» на фоне гипохолестериновой диеты. При сохранении повышенного уровня холестерина назначался розувастатин по 10 мг один раз в сутки утром, независимо от приема пищи. При этом не отменялась базисная терапия ишемической болезни сердца. Лечение проводилось в течение 8-ми недель на фоне гипохолестериновой диеты. Забор крови с целью исследования липидного спектра и функциональных проб печени и почек проводился до начала лечения и по истечении каждого месяца лечения. Также проводился 3-кратный осмотр, включавший контроль самочувствия, физическое обследование, электрокардиографию.

Результаты

На фоне 8-недельной терапии розувастатином в дозе 10 мг у 90% больных отмечена положительная динамика уровней общего холестерина, холестерин-липопротеидов низкой плотности, триглицеридов. У 10% пациентов через 1 месяц доза лечения была увеличена до 20 мг в сутки, после этого достигнут положительный результат.

Уровень общего холестерина (ОХ) снизился на 32%, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) - на 48%, триглицеридов - на 25%, уровень холестерина липопротеинов высокой плотности повысился на 9%. Изменений уровней печеночных трансаминаз, креатинфосфокиназы не зарегистрировано, не было также отмечено и других возможных побочных эффектов.

Выводы

Таким образом, выявлена отличная переносимость розувастатина в дозе 10 мг в сутки у пациентов с гиперлипидемией II типа. Отмечена выраженная гиполипидемическая эффективность препарата с достижением целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) ($<2,5$ ммоль/л) в 100% случаев, что открывает возможность длительного и безопасного применения препарата для коррекции липидного спектра крови. Это особенно актуально в свете более жестких требований к характеристикам липидного спектра.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛОКОМА В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Зырянова Н.И., Кудяшев П.Ю.

Государственное учреждение «Курганский областной кожно-венерологический диспансер», г. Курган

Топическая терапия атопического дерматита входит в базисный стандарт лечения и является неотъемлемой частью терапевтического комплекса.

В настоящее время в дерматологической практике широко применяется препарат Элоком - 1% мометазона фуроат (Шеринг-Плау, США), который является нефторированным глюокортикоидным (ГКС) препаратом последнего поколения.

По сравнению с другими топическими ГКС-препаратами аналогичной группы, Элоком обладает высокой местной активностью, что позволяет отнести его к 3-му классу по силе действия. Одним из преимуществ Элокома является его способность более активно ингибировать цитохины. Элоком замедляет процесс образования и освобождения воспалительных медиаторов в более низких концентрациях.

Уникальным фармакологическим преимуществом Элокома является наличие 3-х лекарственных форм препарата: крем, мазь, лосьон.

Крем Элоком (масло в воде) - наиболее приемлемая форма для лечения проявлений атопического дерматита, сопровождающихся экссудацией, мокнущием и обширными эрозивными поражениями кожи. Крем не проникает глубоко в кожу и удерживается в эпидермисе, что существенно снижает его всасывание и проявление системных эффектов.

Мазь Элоком удобна и эффективна при выраженной лихенизации, сопровождающейся выраженным зудом.

Лосьон Элоком используется для лечения себорейных корочек (гнейс) волосистой части головы и при интетригинозных поражениях крупных складок.

Элоком разрешен к применению у детей с 2-летнего возраста и используется 1 раз в сутки.

Под наблюдением находилось 34 больных в возрасте от 2 до 35 лет. Из них 9 человек страдали атопическим дерматитом с 1-го года жизни, а у 25-ти болезнь впервые появилась в возрасте от 1-5 лет, у 30-ти больных течение атопического дерматита носило хронически рецидивирующее, а у 4-х - непрерывно рецидивирующее течение.

3 детей от 2-х до 3-х лет страдали экссудативной формой атопического дерматита. В очагах поражения отмечалась яркая гиперемия, отечность, экзематозное мокнущие или сопутствовал интенсивный зуд. Элоком назначали в виде лосьона на волосистую часть головы, в виде крема на остальные участки 1 раз в день. Уже через сутки прекратилось мокнущие, побледнела эритема, уменьшился зуд.

У 9-ти пациентов в возрасте от 4 до 14 лет преобладала инфильтрация кожи крупных складок и лица, сопровождающаяся яркой эритемой и интенсивным зу-

дом. Элоком назначался в виде крема, и уже к третьему дню у всех больных отмечалось значительное угасание эритемы, исчезновение инфильтрации, значительное уменьшение зуда.

У 22-х больных дерматоз сопровождался диффузным вовлечением в патологический процесс кожи лица, шеи, верхних участков кожи туловища и сопровождался резко выраженной лихенификацией, инфильтрацией, биопсирующим зудом. Всем больным на очаги поражения кожи однократно в день назначали Элоком: мазь или крем. На 5-8 день после начала лечения интенсивность зуда уменьшалась. К исходу 2-й недели зуд полностью прекращался, наблюдалась четкая тенденция к регрессу эритемы и уменьшению инфильтрации и лихенификации.

Таким образом, Элоком в комплексной терапии атопического дерматита является высокоэффективным лекарственным препаратом, в том числе у детей, не вызывает побочных реакций и осложнений, обеспечивает удобный режим лечения и позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Пустынников В.М.
Государственное учреждение «Курганская областная госпиталь для ветеранов войн», г. Курган

Актуальность. Медицинское облучение населения Российской Федерации является вторым по значимости источником облучения после природных источников. Вклад медицинского облучения в коллективную дозу облучения населения формируется за счет диагностических и профилактических медицинских исследований (Барковский А.Н. с соавт., 2004г., Shipton P.C. and Wall B.F. 2000). В медицинской рентгенологии существуют потенциальные возможности снижения доз облучения пациентов без ухудшения качества диагностической информации (Ставицкий Р.В. с соавт., 1989г.).

Одной из предпосылок по уменьшению лучевых нагрузок пациентов является организация системы учета доз медицинского облучения (Голиков В.С. с соавт., 1997г.).

Цель. Провести анализ получения эффективных доз при рентгенологическом исследовании среди пациентов государственного учреждения «Курганская областная госпиталь для ветеранов войн» (ГУ КОГВВ).

Материалы и методы. Исследование проведено на основании журналов учета эффективных доз облучения пациентов, проходивших исследование в ГУ КОГВВ в 2006 - 2007 годах.

Определение эффективных доз облучения пациентов проводили на рентгенодиагностическом аппарате DX-90 с усилителем рентгеновского изображения (УРИ), имеющем проходную ионизационную камеру

и фиксирующее устройство – дозиметр рентгеновский клинический (ДРК-1). Измерение дозы проводилось в режиме реального времени по формуле:

$$E = \Phi * Kd, \text{ мЗв.}$$

Полученные данные из журналов учета эффективности представлены в таблице 1.

Таблица 1
Показатели средних индивидуальных доз пациентов

Рентгеноскопия	Среднеиндивидуальные дозы пациента по России (мЗв/процедуру)	Полученные среднеиндивидуальные дозы пациента (мЗв/процедуру)
Органов грудной клетки	3,3	1,3
Органов пищеварения	20,0	9,2
Верхней части ЖКТ*	3,5	3,0
Нижней части ЖКТ	12,0	8,7

* желудочно-кишечный тракт

Результаты исследования. Согласно нормативам радиационной безопасности (НРБ-99) при проведении профилактических рентгенологических исследований установлен норматив годовой эффективной дозы облучения 1 мЗв. При проведении диагностических рентгенологических исследований пределы доз не устанавливаются. Однако дозы облучения пациентов необходимо контролировать.

В практической работе это необходимо для решения следующих задач:

- оптимизация проведения рентгенологических исследований на основе принципа – максимум диагностической информации при минимальном уровне облучения;
- накопление и анализ информации о дозах медицинского облучения населения при проведении рентгенологических исследований;
- оценка медицинского облучения в коллективной дозе облучения населения.

Выводы

1. Использование ДРК-1 в практической работе дает более точное представление об эффективной дозе облучения пациента.

2. Величина эффективной дозы облучения пациента при медицинских рентгенологических исследованиях, измеренных ДРК-1, ниже среднеиндивидуальных доз по России.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ШАДРИНСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2006 ГОДЫ

Оболдин И.М.
Муниципальное учреждение «Шадринская городская больница скорой медицинской помощи», Курганская область, г. Шадринск

Кардиологическое отделение Шадринской городской больницы скорой медицинской помощи (ШГБСМП) рассчитано на 55 коек, из них 41 кардиологическая койка круглосуточного пребывания, 9 коек поста интенсивной

терапии, 5 коек дневного пребывания. Штат отделения состоит из 7,5 врачебных ставок, 21,75 ставок среднего медицинского персонала, 16,5 ставок санитарок. В отделении оказывается экстренная и плановая помощь пациентам кардиологического профиля города Шадринска и Шадринского района, с 2005 года курируются Далматовский и Катайский районы. Имеются приборы для круглосуточного наблюдения за гемодинамикой у пациентов, необходимая реанимационная техника (дефибрилляторы, аппарат искусственной вентиляции легких, кардиостимулятор «временный»).

Укомплектованность в отделении врачами составляет 35-40%, средним медицинским персоналом – 100%.

Сотрудники отделения владеют методами кардиологической реанимации, необходимой для этого диагностической и «лечебной» аппаратурой. Большинство сотрудников отделения имеют первую и высшую квалификационные категории.

В отделении оказывается медицинская помощь пациентам со следующими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, сердечная недостаточность); артериальная гипертония; нарушение ритма и проводимости; миокардиты; кардиомиопатии; врожденные и приобретенные пороки сердца и другие.

Анализ работы отделения

Показатели работы кардиологического отделения за период с 2004 по 2006 годы:

Таблица 1

Круглосуточный стационар

Год	Пролечено больных	Кол-во койко-дней	Занятость койки	Средняя продолжит. лечения	Летальность
2004	1107	20029	364,2	18	3,61
2005	997	17411	343,1(ОМС)	17	2,71
2006	996	16477	312	17	3,7

Таблица 2

Дневной стационар

Год	Пролечено больных	Кол-во койко-дней	Занятость койки	Средняя продолжит. лечения	Летальность
2004	-	-	-	-	-
2005	261	2790	535,4	11	0,76
2006	250	2599	519,8	10	0

Таблица 3

Общие показатели

Год	Пролеченных больных	Кол-во койко-дней	Занятость койки	Средняя продолжит. лечения	Летальность
2004	1107	20029	364,2	18	3,61
2005	1258	20201	439	14	2,3
2006	1246	19076	415	13,5	2,96

С открытием дневного стационара увеличилось количество пролеченных пациентов, сократилась средняя продолжительность лечения. Общая летальность в 2006 году выше по сравнению с 2005, но ниже показателя 2004 года. Занятость круглосуточной койки значительно снизилась в 2006 году. Показатель количества койко-дней незначительно снизился.

Анализ заболеваемости по некоторым нозологиям за период с 2004 года по 2006 год:

Название заболевания	2004 год	2005 год	2006 год
Острый инфаркт миокарда	143	149	142
Стенокардия	446	415	389
Артериальная гипертония	221	234	269

Острый инфаркт миокарда:

	2004	2005	2006
Летальность от инфаркта миокарда	16,7	11,9	19,3
Средний возраст пациентов с ОИМ	65	66	66,5
Средний возраст умерших от ОИМ	70	71	71,9
Процент умерших в течение первых суток	65%	57%	51,8%
Процент госпитализированных спустя сутки от начала ОИМ	28%	33%	42%

За указанный период: в динамике незначительное снижение количества пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и стенокардией, возрастание – с артериальной гипертонией, увеличился возраст пациентов с ОИМ, летальность от ОИМ возросла, вырос и возраст умерших, уменьшился процент умерших от ОИМ в первые сутки. Увеличился процент поздних госпитализаций с острым инфарктом миокарда.

Анализ госпитализаций в кардиологическое отделение:

Показатель	2004 год	2005 год	2006 год
Экстренная госпитализация в абс. цифр/ %	734 / 66,3	720 / 57,5	702 / 57
Плановая госпитализация в абс. цифр/ %	373 / 33,7	532 / 42,5	529 / 43
Отказы в госпитализации в абс. цифр/ %	154 / 14	168 / 13,4	209 / 17

Из таблицы видно, что экстренная госпитализация незначительно снизилась, возрастает плановая госпитализация, количество отказов в госпитализации значительно возросло в абсолютных цифрах и процентах, основным поводом для отказа являлась непрофильность направления и отсутствие показаний для госпитализации.

В период с 2004 по 2006 годы отделение переводилось на другую форму финансирования, изменились требования к работе, изменился коечный фонд, поэтому сравнительный анализ количественных показателей работы отделения не совсем корректен. Обращает на себя внимание стабильный показатель количества острых инфарктов миокарда, повышение в динамике возраста пациентов с ОИМ, возраста умерших от ОИМ. Нестабильный показатель летальности как общий, так и по ОИМ можно объяснить дефицитом врачей-кардиологов (на весь город 2 врача-кардиолога), в городской поликлинике нет штатного кардиолога. На период отпусков остается один кардиолог, в 2006 году из-за прохождения первичной специализации одним из врачей на город и отделение больницы оставался один кардиолог в течение 6 месяцев. Дежурные ставки в кардиологическом отделении из-за дефицита специалистов укомплектованы участковыми врачами-терапевтами, некоторые из них - молодые специалисты. Укомплектованность участковыми терапевтами в городской поликлинике составляет 40%, охват первичной медицинской поликлинической помощью составляет 40-50%, поэтому

му большинство пациентов поступает в отделение без предшествующего обследования и лечения. Так, в 2006 году в кардиологическом отделении выявлено: 18 случаев опухолевых процессов, 29 случаев сахарного диабета, 12 случаев тиреотоксикоза, 2 случая туберкулеза и др.

Единственное в городе Шадринске отделение скорой медицинской помощи не укомплектовано врачами, до реализации национального проекта на СП не было работающего ЭКГ – аппарата, был один «изношенный» дефибриллятор. Более 40 % пациентов с инфарктом миокарда на госпитальном этапе не проводилось ЭКГ – исследование, поэтому были затянуты сроки госпитализации, несвоевременно оказана медицинская помощь. Процент отказов в госпитализации значительно вырос по вышеизложенным причинам, пациенты поступали без предшествующего обследования, с непрофильными заболеваниями либо не было показаний к экстренной госпитализации. По другим отделениям данный показатель также возрос. Возрастные характеристики пациентов отражают структуру населения города Шадринска, то есть 60% - пациенты среднего и пожилого возраста.

Методы лечения, используемые в отделении

При лечении пациентов используются рекомендации ВНОК, Европейской и Американской ассоциации кардиологов, принятые в России. Учитываются результаты многоцентровых исследований.

При оказании помощи пациентам с острым инфарктом миокарда используются:

1. Тромболитики (Проуракиназа) по инструкции при наличии показаний с учетом противопоказаний.
2. Антикоагулянты (фраксипарин, гепарин).
3. Антиагреганты (аспирин и его производные, клопидогрель) с учетом показаний и противопоказаний.
4. Блокаторы адренорецепторов (беталок, бисопролол, небилет).
5. Ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл, престариум).
6. Статины (симвастатин и его производные, аторвостатин).
7. Антагонисты альдостерона (спиронолактон, верошипирон) при крупноочаговом инфаркте миокарда, при наличии левожелудочковой недостаточности.
8. Нитраты - внутривенно и внутрь при болевом синдроме и для купирования левожелудочковой недостаточности.
9. Наркотические и ненаркотические анальгетики для купирования болевого синдрома.
10. Симптоматические средства.

При лечении стенокардии используются:

1. Блокаторы адренорецепторов (предпочтение отдается селективным препаратам).
2. Антиагреганты (аспирин и его производные).
3. Нитраты в суточном режиме и с учетом предшествующей нагрузки (предпочтение отдается мононитратам).
4. Статины в дозе, позволяющей достичь целевого уровня холестерина и липопротеинов низкой плотности.
5. Антикоагулянты (гепарин, фраксипарин) при признаках нестабильности атеросклеротической бляшки.

6. Милдронат внутривенно (прекондиционирование миокарда) при признаках нестабильности атеросклеротической бляшки.
7. Ингибиторы АПФ (эналаприл и его производные, лизиноприл) при признаках ремодуляции сердца и при сердечной недостаточности.

При лечении артериальной гипертонии применяются комбинированные схемы с учетом возраста пациентов и сопутствующих заболеваний, целью лечения является достижение целевых показателей артериального давления, купирование текущих осложнений, первичная и вторичная профилактика инсульта и инфаркта миокарда. Наиболее используемые сочетания препаратов:

1. Блокаторы адренорецепторов и антагонисты кальция длительного действия (Нормодипин).
2. Антагонисты кальция (дигидропириновые) и ингибиторы АПФ.
3. Б - блокаторы и антагонисты альдостерона.
4. Б - блокаторы и арифон ретард (индапамид, индап, гипотиазид 12,5 мг).
5. Арифон и ингибиторы АПФ.
6. В любую схему пациентам старше 45 лет добавляются статины и аспирин при наличии дислипидемии.
7. Другие комбинации, не противоречащие рекомендациям ВНОК.

При наличии сердечной недостаточности применяются:

1. Ингибиторы АПФ.
2. Блокаторы адренорецепторов.
3. Антагонисты альдостерона.
4. Диуретики длительного действия (арифон, гипотиазид, индапамид и др.).
5. Сердечные гликозиды.
6. Антагонисты кальция периферического действия (Нормодипин).
7. Антигипоксанты (предуктал, милдронат).
8. Кардиометаболическая терапия и др.

При фибрилляции предсердий помощь оказывается с учетом:

- наличия левожелудочковой недостаточности, длительности эпизода (до 7 дней, более 7 дней, хроническая форма), размеров камер сердца, сопутствующих заболеваний (инфаркт миокарда, артериальная гипертония, пороки сердца, хронический алкоголизм).

Пример оказания помощи при фибрилляции предсердий в случае продолжительности до 7 дней, тахисистолическая форма:

1. Гепарин 5-10 000 ЕД. в/в струйно.
2. Антиагреганты (аспирин, клопидогрель).
3. Кордарон до 1,5 г в сутки при купировании под контролем интервала Q – Т, в случае удлинения более 0,45 - магния сульфат. После купирования переход на поддерживающую дозу 200 – 400 мг в сутки.
4. В случае нарастания левожелудочковой недостаточности проведение кардиоверсии.
5. Направление на консультацию в Курганский областной кардиологический диспансер.
6. Эндокардиальное ЭФИ и радиочастотная изоляция легочных вен (абляция) или «устранение» дополнительных путей проведения (при синдроме WPW).

Перспективы кардиологического отделения ШГБСМП. В настоящее время в отделении два штатных врача-кардиолога, планируется прием двух молодых специалистов в конце 2007 года и в конце 2008 года. После поступления новых врачей увеличится количество коек дневного пребывания, чтобы общее количество коек в отделении составило 60.

Планируется более тесное взаимодействие с врачами Катайского, Далматовского и Шадринского района по поводу проведения лечебно-диагностических мероприятий пациентам кардиологического профиля, проживающим в этих районах. Условия направления в стационар ШГБСМП уже распространены.

На базе кардиологического отделения ШГБСМП предполагается открытие школ: артериальной гипертонии, щитовидной железы, сахарного диабета, мужского здоровья, женского здоровья. Для работы в школах будут привлекаться врачи – кардиологи, эндокринологи, андрологи, гинекологи-эндокринологи. Будут формироваться группы высокого риска по каждому профилю, в дальнейшем планируется долгосрочная работа с каждой группой.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ: МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Терешна Е.В.

Государственное учреждение

«Курганский областной врачебно-физкультурный диспансер», г. Курган

Причинами функционального недержания мочи у женщин могут быть: родовые травмы, сопровождающиеся разрывами мышц и рубцами в области сфинктера мочевого пузыря, слабость перевязочного аппарата, опущение стенки влагалища, низкое стояние дна мочевого пузыря.

Чаще встречается и легче поддается функциональному лечению относительное недержание мочи, которое появляется при резких мышечных усилиях, прыжках, кашле, чихании.

Полное или абсолютное недержание мочи вызываются тяжелые психологические страдания. Больные обычно угнетены, скованы в движениях, заторможены, часто теряют надежду на выздоровление.

Терапевтический эффект лечебной физкультуры (ЛФК) связан с тем, что гимнастические упражнения повышают тонус всей мускулатуры тела и мышц дна полости малого таза, что значительно улучшает их функцию.

Большое значение имеет и попперменное повышение и понижение внутрибрюшного давления, наблюдающееся при выполнении упражнений, что также рефлекторно влияет на мышцы дна полости малого таза.

Задачи лечебной гимнастики:

1. Общее укрепление и оздоровление организма.
2. Улучшение психоэмоционального состояния больного.

3. Укрепление мышц брюшного пресса тазового дна ягодичных мышц.

Занятие лечебной гимнастикой хорошо проводить групповым методом под музыку. Методика занятий зависит от степени недержания мочи, от возраста, функциональных возможностей больного.

В начале курса лечения большинство упражнений следует проводить в исходном положении лежа и сидя. Следует из урока исключить быстрые, силовые упражнения, прыжки, подскоки.

В занятия вводят большое количество упражнений для мышц живота и тазового дна, чередуя их с дыхательными упражнениями, упражнениями для всех мышц. Ввиду того, что изолированные специальные упражнения для мышц тазового дна ограничиваются только одним активным втягиванием в себя заднего прохода и области промежности, а это происходит при одновременном сокращении ягодичных мышц, то необходимо включать упражнения для мышц брюшного пресса, приводящих мышц бедра и ягодиц. Длительность занятия лечебной гимнастикой должна быть не менее 30-40 мин 3 раза в неделю и самостоятельных ежедневных занятий. После занятий необходимо провести туалет промежности, переодеться.

Перечень специальных упражнений, укрепляющих мышцы живота и тазового дна.

И.п. - лежа на спине.

1. Поочередно согнуть ноги в коленях, скользя пятками по кровати к ягодицам.

2. Поочередно перевести одну ногу через выпрямленную другую.

3. Поочередно каждой ногой, сгибая ее в коленном и тазобедренном суставах, прикоснуться стопой одной ноги к бедру другой.

4. Поочередно сгибать ноги, стараясь коснуться коленом груди.

5. Одновременно согнуть ноги в коленях, стараясь коснуться коленями груди.

6. Поочередно поднимать прямую ногу.

7. «Велосипед».

8. Поднимать прямые ноги вверх.

9. Руки вдоль туловища, ноги, согнутые в коленях, стоят на полной ступне. Поочередно притягивать бедро к животу, стараясь коснуться коленом груди.

10. Ноги согнуты в коленях, стопы вместе. Свести и развести колени.

11. Ноги согнуты, ступни около ягодиц. Поднять таз вверх. При этом сильно напрягать ягодичные мышцы, втягивая анус.

12. То же - поднять прямую ногу и отнести ее в сторону.

13. Руки вдоль туловища, ноги выпрямлены - поднять таз, втянуть анус.

14. И.п. то же - ноги скрещены; поднять таз, напрячь ягодицы, втянуть анус.

15. И.п. ноги выпрямлены – прижать подколенные области к кровати, втянуть одновременно анус и напрячь ягодицы.

16. Перейти из и.п. лежа в положение сидя с помощью рук, а затем без помощи рук и с усложнением его различными положениями рук.

17. И.п. руки на животе - глубокий вдох, сильно вытягивая при этом живот, при выдохе живот втянуть.

18. И.п. ноги согнуть, прижать друг к другу, стопы стоят. Положить ноги вправо, голова и плечи в и.п., тоже влево.

И.п. лежа на животе.

1. Руки под подбородком. Поднимание прямой ноги поочередно вверх с одновременным втягиванием ануса.

2. Руки вдоль туловища ноги опираются на пальцы. Поочередно выпрямляя колени, одновременно напрягать мышцы бедра, ягодиц.

3. То же - одновременно обе ноги /втянуть анус/.

4. Руки под подбородком, ноги врозь. Приподнять правую половину туловища вверх, напрягая мышцы бедра, ягодиц, сокращая мышцы промежности.

5. Ползание по-пластунски.

И.п. сидя на полу.

1. Упор сзади. Развести и свести прямые ноги, не отрывая их от пола.

2. И.п. - то же. Приподнять таз.

3. Упор руками сзади на уровне ягодиц, пятки при-

жать друг к другу. Не отрывая пяток, согнуть ноги в коленях, стараясь шире развести колени и втянуть промежность.

4. Руки перед грудью, спина прямая. Повернуть туловище направо, выпрямляя правую руку. То же влевую сторону.

И.п. на четвереньках.

1. Попеременное отведение ног назад, вверх.

2. Коленно-локтевое положение. Достать коленом локоть.

3. Переставляя кисти рук вправо - поворот туловища, то же влево.

И.п. стоя на коленях.

1. Руки вперед, сесть справа, то же слева.

2. Попеременное вытягивание прямой ноги в сторону.

И.п. стоя.

Различные упражнения с поворотами, наклонами туловища, ходьба в полуприседе, со скрещенными ногами.

IV. ХИРУРГИЯ

ОСОБЕННОСТИ АРХИТЕКТОНИКИ СОЕДИНİТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Чернов А.В., Бевзюк А.Н., Анброх Г.Б., Ирьянов Ю.М.,
Радченко С.А., Чернов В.Ф.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория
Южно-Уральского научного центра РАМН, г. Курган
Государственное учреждение «Клинический центр
гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского,
г. Курган

Имплантационные технологии вошли в повседневную практику современной трансплантологии и хирургии. Особое значение биосовместимые имплантаты приобретают для замещения дефектов внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и мягких тканей, причем имплантационные технологии в ряде случаев оцениваются как не имеющие альтернативы. Одной из недостаточно изученных проблем имплантации является архитектоника новообразованной соединительной ткани в зоне имплантации, от чего в значительной степени зависит судьба дефекта ткани, закрытого имплантатом.

В экспериментальных условиях архитектоника соединительной ткани в зоне имплантации конструкций из биосовместимых материалов последнего поколения (пролен, PTFE, никелид титана) изучалась с помощью макро- и микроскопических методов при открытой ножевой биопсии. При этом оценивались положение имплантата, площадь и форма зоны моделированного сквозного дефекта брюшной стенки животных ($n=30$), заполненная вновь образованной соединительной тканью. Интеграция имплантационной конструкции во вновь образованную соединительную ткань и ткани, окружающие имплантат, изучалась методами световой и сканирующей электронной микроскопии. Сроки наблюдения составили последовательно 7, 14, 30 суток, 3,6 месяцев, 1 год. Максимальный срок эксперимента составил 5 лет.

Наблюдения показали, что существует четкая зависимость архитектоники новообразованной соединительной ткани от конструкционных особенностей имплантируемых устройств. Прежде всего, речь идет о фиксации элементов соединительной ткани на самом материале имплантата. Так, пленчатая поверхность политетрафторэтилена исключает фиксацию волоконных структур соединительной ткани на имплантате, способствует образованию капсулы вокруг имплантата с тканевой жидкостной прослойкой и создает условия для постоянной подвижности в зоне дефекта. Последнее обстоятельство формирует предпосылки для позднего инфицирования имплантата.

Конструктивной особенностью сетчатого имплан-

тата из пролена является сравнительно тонкая листовая сетчатая структура, которая определяет циркулярное направление коллагеновых волокон, оплетающих сетку. Однако определенные преимущества имплантационной конструкции из пролена фирмы Этикон снижаются из-за гладкой поверхности монофиламентного волокна полипропилена. Фиксация клеточных и фибрillлярных элементов растущей соединительной ткани присутствует лишь в узлах переплетений сетки, но не на самом имплантационном материале, что не исключает микроподвижность всей конструкции.

Шероховатая поверхность проволочной нити никелида титана обеспечивает прочную фиксацию вновь образованной соединительной ткани, как в ранние, так и поздние сроки наблюдения. Фактически формирование волокнистых элементов происходит на самом материале имплантата без видимых щелей. «Врастание» - фиксация всей имплантационной конструкции и ее отдельных элементов в ткани настолько значительна, что в сроки свыше 3-4 недель выделить отдельные нити конструкции без разрыва ткани не представляется возможным.

Прочность фиксации имплантационной конструкции в ткани определяет ее устойчивость к инфицированию. Благодаря этому свойству никелид титана оказался единственным материалом, пригодным для имплантации в условиях инфекции.

В ходе исследования было обнаружено, что имплантаты, армируя новообразованную соединительную ткань, сохраняют способность к контракции в той степени, в какой гистерезис материала соответствует живой ткани. Сокращение площади имплантации достигает от 15% у PTFE до 45% у пролена, вызывая фиксированное сокращение имплантата. В поздние сроки возможен обратный эффект расширения площадки имплантации, названный нами знакопеременной контракцией, образующий «слабые» участки в новообразованной соединительной ткани. Имплантационная конструкция, обладающая прочной фиксацией в соединительной ткани и сверхэластичностью (никелид титана), способна следовать вектору действующих сил натяжения – растяжения. По нашему мнению, описанный нами эффект знакопеременной контракции соединительной ткани является одной из главных причин рецидива дефектов при их закрытии как по натяжной лигатурной, так и ненатяжной пластической технологии.

Таким образом, имплантация различных конструкций из биосовместимых материалов вызывает формирование соединительной ткани различной архитектоники, что зависит от характера интеграции имплантационного материала в ткани организма. Архитектоника новообразованной (в том числе армированной) соединительной ткани в значительной степени определяет результат той или иной хирургической технологии закрытия дефектов мягких тканей.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Радченко С.А.

*Проблемная научно-исследовательская лаборатория
Южно-Уральского научного центра РАМН, г. Курган
Государственное учреждение «Клинический центр
гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского, г. Курган*

Актуальность исследования. Несмотря на успехи современной хирургии, летальность при распространном перитоните остается высокой. Мощным индуктором полиорганной недостаточности при абдоминальном сепсисе является интраабдоминальная гипертензия (ИАГ). Новые возможности в лечении данной патологии открываются с появлением имплантатов последнего поколения из никелида титана (TiNi), которые обладают биосовместимостью и высокой устойчивостью к инфекции. В настоящее время сетчатые конструкции из TiNi нашли применение в абдоминальной хирургии для закрытия различных, в том числе инфицированных, дефектов брюшной стенки, что позволяет совместить как дренирующие, так и восстановительные свойства сетчатой конструкции.

Цель и задачи. Улучшить результаты лечения больных с распространенным перитонитом путем разработки и внедрения метода формирования «полузакрытой лапаростомы» с использованием тонких сетчатых конструкций из никелида титана.

Материалы и методы исследования. С целью формирования «полузакрытой лапаростомы» нами использовались крупные (80 – 150 см²) сетчатые конструкции из никелид-титановой проволоки сплава TH-10, с диаметром сечения 0,09 – 0,12 мм, диаметром ячейки 2-3 мм. После выполнения основного санирующего этапа операции и дренирования брюшной полости в дефект вшивались сетчатые имплантаты TiNi (sublay). Над имплантатом проводили сквозные перфорированные трубчатые дренажи и ушивали кожу. У 3-х пациентов выполнялись санационные релапаротомии «по требованию» без удаления имплантата. По данной методике пролечено 11 пациентов: мужчин – 8, женщин – 3. Средний возраст: мужчин – 53,5 года, женщин – 47,2 лет. У всех больных имелся распространенный перитонит в токсической (n=10) и терминальной (n=1) фазе по классификации К.С. Симоняна, сепсис (n=4), тяжелый сепсис (n=6), сепсис с полиорганной недостаточностью (n=1) по определениям согласительной конференции ACCP/SCCM в Атланте, 1991г. У всех больных при микробиологических исследованиях выявлялась полирезистентная госпитальная микрофлора, чаще в ассоциациях. Проводилась клиническая и морфологическая оценка результатов использования предлагаемого метода.

Результаты и обсуждение. Отслежены как непосредственные, так и отдаленные (до 1 года) результаты. Летальность в группе исследования составила 9,1%

(n=1). У всех выживших больных наблюдалось полное заживление раны, отсутствие признаков отторжения имплантата. У 5-ти пациентов в ходе последующих реконструктивных операций (закрытие колостомы, ликвидация пролапса брюшной стенки) взята биопсия из зоны имплантации в сроки от 3 месяцев до 1 года. Методами световой и сканирующей электронной микроскопии подтверждена полная интеграция элементов сетчатой конструкции в плотную волокнистую оформленную соединительную ткань. Отсутствовали случаи задрельного подъема интраабдоминального давления и развития СИАГ. Не отмечено развития таких осложнений, как послеоперационная эвентрация, формирование послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ). Смерть больной была связана с развитием тотальной двусторонней пневмонии.

Выводы.

1. Метод «полузакрытой лапаростомии» может являться перспективным средством патогенетического лечения разлитого перитонита, улучшающим дренирование брюшной полости и контролирующим интраабдоминальное давление.

2. Описанный метод позволяет первично надежно закрывать лапаротомную рану без натяжения, предупреждая развитие послеоперационной эвентрации, ПОВГ и создавая удобный, малотравматичный доступ в брюшную полость при необходимости повторных вмешательств.

3. Ожидаемый эффект от внедрения данной методики – сокращение летальности, инвалидизации и затрат на реабилитацию больных с распространенным перитонитом.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

*Васильченко А.Н., Куницын А.А., Чернов В.Ф., Радченко С.А.
Государственное учреждение «Клинический центр
гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского, г. Курган
Государственное областное учреждение «Курганская
областная клиническая больница», г. Курган*

Имплантация конструкций из никелида титана получила широкое распространение в хирургической практике при закрытии различных дефектов мягких тканей. Однако объективный контроль над положением имплантируемой конструкции в тканях организма недостаточно изучен и вызывает значительные проблемы при оценке ближайших и отдаленных результатов той или иной методики имплантации. В частности, остается неясным вопрос смещаемости имплантата в тканях организма, фрагментации и целостности конструкции. По общему мнению, визуальный УЗИ-контроль не дает достаточно полной информации о параметрах имплантата в силу принципиальных возможностей метода. Результаты исследования в значительной степени зависят от ряда факторов, которые трудно поддаются

объективной количественной оценке (положение УЗ датчика, состояние исследуемых тканей и др.).

В отличие от полимерных имплантатов, металлические конструкции, безусловно, диагностируются достаточно точно с помощью рентгеновского метода исследования, но в условиях реальной клинической практики использования стандартных рентгеновских установок тонкие и сверхтонкие проволочные конструкции из никелида титана от 60 до 120 мкм контрастируются слабо даже на рентгеновской пленке повышенной чувствительности. Аналогичные результаты получены при испытаниях на парафиновых муляжах. Возможно, в силу своего калибра и структуры материала тонкие сетчатые имплантаты из никелида титана марки ТН-10 при стандартном рентгенографическом исследовании на разрешенных в клинических условиях рентгеновских аппаратах играют роль своеобразной дополнительной отсеивающей решетки.

Новые перспективы объективной диагностики открываются при рентгеновской компьютерной томографии (КТ). Внедрение этого метода дало возможность точно оценить пространственное расположение имплантата, его размеры, структуру в неразрывной связи с состоянием окружающих тканей. При этом металлический имплантат является своеобразным маркером зоны дефекта мягких тканей и площадки имплантации. Было выполнено 12 рентгеновских КТ-исследований на аппарате GE Sytec SRI у 10 больных с сетчатыми имплантатами в области передней брюшной стенки. Показаниями к КТ служили основные хирургические заболевания внутренних органов, требующие дополнительной объективной информации (перитонит, панкреонекроз, кишечные свищи и др.). Сроки имплантации составляли от 3 недель до 1 года 3 месяцев.

Были выявлены следующие рентгенологические КТ признаки и симптомы: изменение формы имплантируемой конструкции – 12; смещение имплантата от исходного положения – 12; сокращение площади имплантации (в ранние сроки) – 9; расширение площади имплантации (в поздние сроки) – 2; фрагментация сетчатой конструкции – 4; медиальное смещение сетчатой конструкции от мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки – 5; пролапс сетки – 6; выходжение сетки за границы брюшной стенки – 3.

Оценивая КТ находки, следует исходить из клинических особенностей имплантации. Важнейшее значение имеет исходное состояние тканей в зоне имплантации (анатомо-топографические особенности области, размеры дефекта, гнойные осложнения). Поэтому правильная трактовка КТ достигается совместным участием рентгенолога и клинициста в изучении результатов.

При последующих хирургических вмешательствах (n=8) полученные данные использовались для точной оценки основной патологии и имплантатов, для соответствующей хирургической коррекции.

Таким образом, рентгенологическая КТ диагностика является важным объективным методом исследования при использовании имплантационных технологий и сетчатых конструкций из никелида титана для хирургического лечения дефектов мягких тканей.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ И РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УГЛЕРОДНОГО ИМПЛАНТАТА «КАРБОНИКУС» И СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА МАРКИ ТН-10

Михайлов Н. А

Муниципальное учреждение «Шумихинская центральная районная больница», Курганская область, г. Шумиха

Лечение больных с большими и рецидивными грыжами передней брюшной стенки является важнейшей проблемой абдоминальной хирургии.

Количество больных с послеоперационной грыжей за последние годы увеличивается и, по данным различных авторов, составляет 20-30% от всех операций на брюшной полости. В последние годы разработаны различные методики по закрытию больших дефектов брюшной стенки у больных с послеоперационными и рецидивными грыжами. Внедрение новых современных пластических материалов в хирургическую практику расширило возможности реконструктивной хирургии и позволило повысить эффективность оперативного лечения больных с рецидивными и послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Это позволило отказаться от применения традиционного способа форсирования, стягивания и сшивания краёв мышечно-апоневротического дефекта брюшной стенки.

Учитывая опыт оперативного лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей с использованием традиционных методов пластики, можно принять к пристению углеродный имплантат «карбоникус» и сетчатый имплантат из никелида титана марки ТН-10 как наиболее адаптированные к организму.

Использовался комплекс мер по профилактике осложнений у больных с большими и рецидивными послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, оперированных с использованием углеродного имплантата «карбоникус» (-7) и сетчатого имплантата из никелида титана (-43).

У больных с рецидивными паховыми грыжами проводилась пластика пахового канала с подапоневротическим расположением имплантата.

У больных с послеоперационными вентральными грыжами проводилась пластика грыжевых ворот с надапоневротическим расположением имплантата.

При любом виде пластики, особенно надапоневротической, широко освобождается апоневроз, что способствует образованию большой полости в подкожной клетчатке, в связи с чем для профилактики гнойных раневых осложнений проводился комплекс мер, включающих внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действий за 30 минут до операции с последующим парентеральным введением в течение 48 часов,

тщательный гемостаз, тщательное расправление и фиксация имплантата, оставление вакуумных дренажей на дне раны с выведением через контрапертуру.

Проводимый комплекс мероприятий позволил избежать нагноения раны и отторжения имплантата в раннем послеоперационном периоде.

В случаях применения углеродного имплантата «карбоникус» отмечалась длительная серозная сецернация из раны до 4-5 дней и в одном случае формирование инфильтрата. В случае применения имплантата из никелида титана сецернации с послеоперационной раны практически не наблюдалось, заживление послеоперационной раны проходило без осложнений.

За время наблюдения больных с послеоперационными вентральными и рецидивными грыжами в течение 3-х лет рецидивов возникновения грыж и отторжения имплантата не было.

Полученный положительный первоначальный результат использования имплантата из никелида титана позволяет рекомендовать данную методику для оперативного лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж и отказаться от применения углеродного имплантата «карбоникус».

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ МАСТЭКТОМИИ

*Дисков В.В., Неверова Н.В., Мельникова О.С.
Государственное учреждение «Курганская областная онкологический диспансер», г. Курган*

Проблема послеоперационного обезболивания (ПОО) продолжает оставаться актуальной. По данным разных авторов от 30% до 60% пациентов после операций страдают от боли. В то же время известно, что послеоперационный болевой синдром (ПОБС), влияет на жизненно важные функции и системы организма, во многом определяя успешный исход операции и качество жизни в дальнейшем. Частота постм мастэктомического ХБС составляет 35-38%.

Традиционная методика внутримышечного введения опиатов и опиоидов «по требованию» не оправдала себя, так как концентрация препарата в крови колеблется от неэффективной до пиковой, вызывающей депрессию дыхания. В то же время все больше сторонников завоевывают мультимодальные схемы послеоперационной анестезии.

В Курганском областном онкологическом диспансере (КООД) выполняется более 200 мастэктомий в год по поводу рака молочной железы. Средний возраст пациенток 59 лет. Большинство из них отнесены к 2-3 классу операционно-анестезиологического риска по ASA. Несмотря на неполостной характер операции, мастэктомия приближается к операциям средней степени травматичности, что связано с большой раневой поверхностью, тщательной лимфодиссекцией, кровопотерей 400-600 мл, предоперационной химиотерапией, которая значительно снижает компенсаторные возможности организма.

На протяжении последних 3-х лет в КООД наркотические аналгетики для ПОО при операции мастэктомии практически не применяются, что связано с оптимизацией анестезиологического пособия и применением современных анальгетиков в послеоперационном периоде. Всем пациентам, помимо стандартной промедикации, за 40-60 минут до операции вводился кеторолак 30 мг внутримышечно, а за 5 минут до разреза кетамин 0,5 мг/кг внутривенно. Проводим мультимодальную анестезию в общепринятых дозировках.

Всем больным за 15 минут до окончания операции внутривенно вводился иерфалган 1 гр. 1100 осуществлялся по двум схемам:

1. Кеторолак 90 мг/сут. + метамизол 1-2 гр/сут., димедрол 10-20 мг/сут

2. Кеторолак 90 мг/сут. + перфалган 2-4 гр/сут., димедрол 10-20 мг/сут.

При обоих вариантах ПОО боль в I сутки в покое не превышала 2,7 балла по 10-балльной ВАШ, при кашле 3,1 балла. На II сутки - 2,2 и 2,8 баллов соответственно. При этом замена метамизоля на перфалган снижала уровень боли в среднем на 0,4-0,5 балла. Каких-либо осложнений не отмечено. Таким образом, оптимизация схем периоперационной анестезии с применением кеторолака и перфолгана позволяет осуществлять эффективное и безопасное обезболивание после операции мастэктомии без применения наркотических аналгетиков, расширяет возможности врачей в борьбе с болью.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В БСМП Г.КУРГАНА

*Гаврильченко А.С.
Муниципальное учреждение «Городская больница скорой медицинской помощи», г. Курган*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных хирургических заболеваний, с которыми пациенты госпитализируются в круглосуточный стационар. Так, за 2007 год в БСМП г. Кургана госпитализировано 490 пациентов с приступами остого холецистита, что составляет 31,8% от общего числа больных. В последнее десятилетие отмечен прогрессивный рост заболеваемости желчнокаменной болезнью. Возрастает количество осложненных форм в виде деструктивного холецистита, механической желтухи, холангита и т.п., достигающих в старшей возрастной группе более 50 %. Также наблюдается тенденция к увеличению возраста пациентов. В то же время результаты традиционных хирургических неотложных вмешательств при этой патологии, особенно у пожилых и стариков, оставляют желать лучшего.

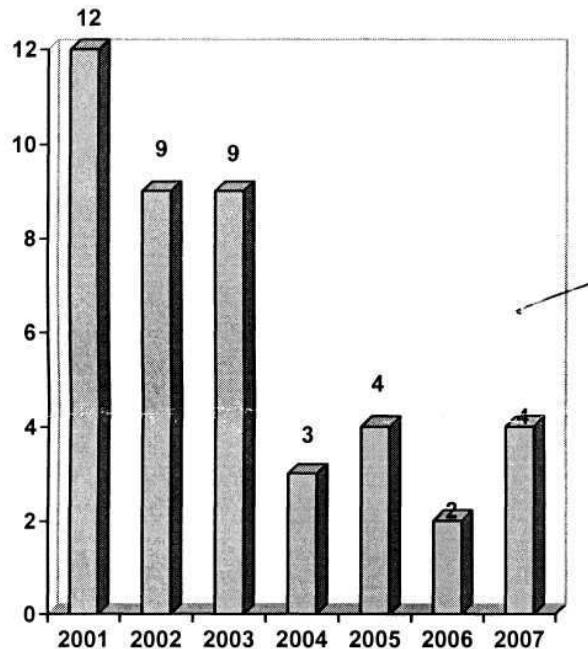
Известно, что единственным радикальным методом лечения ЖКБ является холецистэктомия. Получившие распространение неинвазивные методы обследования УЗИ, КТ, ЭРХПГ с применением эндохирургической

техники улучшили диагностику желчнокаменной болезни, а малотравматичные оперативные вмешательства, такие как эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкриментов из гепатикохоледоха, позволили проводить оперативное лечение ЖКБ по малоинвазивной технологии. В настоящее время в БСМП города Кургана применяется: холецистэктомия традиционным способом, лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из мини-доступа.

Вид операции	2005	2006	2007
Традиционная холецистэктомия	104	120	86
Холецистэктомия через мини-доступ	241	170	154
Лапароскопическая холецистэктомия	37	36	31
Итого	382	326	271

Как видно из вышепредставленной таблицы, количество холецистэктомий из мини-доступа преобладает над всеми остальными. Это объясняется лучшей переносимостью больными, незначительным болевым синдромом (для купирования болевого синдрома было достаточно применения в течение 1-х суток раствора анальгина), отсутствием нарушений функции органов дыхания, отсутствием пареза кишечника, ранней активизацией больных - на следующий день после операционного периода все больные самостоятельно передвигались и питались. Летальность, количество осложнений, как ранних, так и поздних, также снизилось.

Летальность при осложненной ЖКБ по годам



Таким образом, операцией выбора при лечении ЖКБ как в плановом, так и в экстренном порядке является холецистэктомия из мини-доступа.

Учитывая накопленный опыт выполнения холецистэктомий из мини-доступа в БСМП г. Кургана, сделаны соответствующие выводы:

1. При остром катаральном и флегмонозном холецистите без признаков перивезикального процесса более эффективны лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

Холецистэктомия из мини-доступа имеет преимущества перед традиционной лапароскопической холецистэктомией у больных пожилого и старческого возраста, а также в тех случаях, когда имеются сопутствующие болезни сердца и легких.

2. При флегмонозном холецистите с умеренно выраженным перипузирным процессом и гангренозном холецистите предпочтительнее выбор в пользу мини-холецистэктомии. В случае технических сложностей, выявленных во время хирургического вмешательства, совершенно оправдана конверсия минилапаротомии в вертикальный трансректальный операционный доступ.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СРЕДЫ И ИМПЛАНТАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Палина С.Ю., Чернов А.В., Чернов В.Ф., Радченко С.А.
Государственное учреждение «Клинический центр гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского, г. Курган
Проблемная научно-исследовательская лаборатория Южно-Уральского научного центра РАМН, г. Курган

Имплантация в ткани человека искусственных материалов - актуальная проблема современной медицины и техники. Приживляемость имплантатов в первую очередь связана с взаимодействием их с тканями живого организма. Остается недостаточно изученным поведение имплантатов и шовного материала в инфицированной ране. Известно, что, в отличие от других биосовместимых имплантационных материалов, использование никелид-титановых имплантатов не вызывает патологических изменений в окружающих тканях человека в течение длительного времени после их установки в инфицированной среде.

Материалы и методы исследования. Для исследования использовали стерильный материал для имплантационных конструкций в виде нитей ПГА (полигликолид), капрон крученый (Линтекс), лавсан плетеный (Линтекс), пролен (полипропилен фирмы Этикон), никелид титана (проволочная нить TH 10).

Бактерии, выделенные из патологических очагов воспалений, - *B.cereus*, *S.epidermidis*, *S.aureus*, *E.coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Corynebacterium* spp., *M.luteus*, *Enterococcus* spp. - отсеивали для получения чистых суточные культуры. Из полученных культур микроорганизмов делали микробную взвесь в физиологическом растворе по стандарту мутности 0.5 Mc Farland, разведениями получали концентрацию 10⁴ КОЕ/мл. Моделировали взаимодействие микрофлоры и шовного материала следующим образом. Проводили высып взвесей пипеткой на всю поверхность чашки Петри на соответствующие питательные среды: 5% кровяной agar, среда АГВ. Стерильные кусочки нитей имплантационных

материалов длиной 3 см помещали на поверхность каждого посева. Посевы с нитями и контрольные посевы без нитей ставили в термостат при $t = 37^{\circ}\text{C}$ на одни сутки.

Результаты: после инкубации на участках расположения нитей и контакта с бактериальной культурой наблюдался одинаково равномерный рост колоний на всех чашках. Такой же рост был и в контроле. Материалы, используемые для имплантации и наложения хирургических швов (в том числе материалы из никелида титана), не оказали заметного влияния на рост микроорганизмов, что подтверждает их биологическую нейтральность. Исследования показывают:

1. Отсутствие бактерицидных свойств у изученных имплантационных материалов.

2. Биологическую устойчивость имплантационных материалов в бактериальной среде.

Таким образом, устойчивость исследуемого биологически индифферентного имплантационного материала в инфицированной ране и клинические результаты имплантации зависят главным образом от его конструктивных и физических характеристик.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МИКРОФЛОРЫ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНИРУЮЩИМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Палина С.Ю., Чинарев Ю.Б., Чернов В.Ф.

Государственное учреждение «Клинический центр гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского, г. Курган
Проблемная научно-исследовательская лаборатория Южно-Уральского научного центра РАМН, г. Курган

Рациональная антибиотикотерапия в хирургии предотвращает развитие гнойно-септических осложнений. Раннее нами было показано, что наиболее часто при изучении микрофлоры биотопов кожи, слизистой оболочки стомированной кишки у больных с кишечными стомами высевались энтерококки, синегнойные палочки, протеи, кишечные палочки, условно патогенные энтеробактерии родов Клебсиелла, Энтеробактер, Цитробактер. Мы рассмотрели спектр антибиотиков, действующих на условно патогенную микрофлору кишечных стом. Диско-диффузионным методом была определена чувствительность более чем к 15 антибиотикам (проведено 1747 исследований). Удельный вес чувствительных к антибиотикам культур в порядке убывания расположился следующим образом.

Для энтерококков (исследовано до 15 культур): все исследованные культуры (100%) были чувствительны к ванкомицину; $57,1 \pm 13,2\%$ исследованных культур чувствительны к амициллину; $50 \pm 13,3\%$ - к ципрофлоксацину; $46,6 \pm 12,8\%$ - к левомицетину; $21,4 \pm 10,9\%$ - к тетрациклину; $15,3 \pm 9,9\%$ - к фузидину; менее 8% культур были чувствительны к эритромицину, цефалоспоринам, оксациллину, гентамицину. Не было культур энтерококков, чувствительных к канамицину, амикаци-

ну, линкомицину, нитрофурантоину.

Для синегнойных палочек (всего изучено до 24 культур): $81,8 \pm 8,2\%$ культур чувствительны к ципрофлоксацину; $76,4 \pm 10,2\%$ - к амикацину; $75,0 \pm 8,8\%$ - к гентамицину; $73,9 \pm 9,1\%$ - к цефоперазону; $66,6 \pm 9,6\%$ - к цефтаэзидиму; $43,4 \pm 10,3\%$ - к полимиксину; $33,3 \pm 9,6\%$ - к цефтиаксону; $22,7 \pm 8,9\%$ - к цефотаксиму; $8 \pm 5,4\%$ - к тетрациклину; $4,3 \pm 4,2\%$ - к левомицетину. Не было культур синегнойных палочек, чувствительных к амициллину, нитрофурантоину, канамицину и цефалоспоринам 1-го поколения. Синегнойные палочки характеризовались устойчивостью к большинству антибиотиков.

Для протеев (исследовано до 50 культур): $87,7 \pm 4,6\%$ изученных культур чувствительны к ципрофлоксацину; $83,3 \pm 5,3\%$ - к цефоперазону; $83,3 \pm 7,6\%$ - к амикацину; $82,2 \pm 5,7\%$ - к цефазолину; $79,5 \pm 5,7\%$ - к цефтриаксону; $75 \pm 6,5\%$ - к цефотаксиму; $70,8 \pm 6,5\%$ - к гентамицину; $41,6 \pm 8,2\%$ - к цефомандолу; $32,6 \pm 6,6\%$ - к левомицетину; $26 \pm 6,2\%$ - к амициллину; $17,3 \pm 5,5\%$ - к канамицину; $12,5 \pm 5,2\%$ - к цефазолину. Менее 10% культур были чувствительны к тетрациклину, нитрофурантоину, полимиксину.

Для кишечных палочек (всего исследовано до 27 культур): все 100% изученных культур были чувствительны к цефоперазону; $96,1 \pm 3,9\%$ культур чувствительны к цефотаксиму; $95,6 \pm 4,2\%$ - к цефомандолу; $95,4 \pm 4,4\%$ - к амикацину; $92,5 \pm 5,0\%$ - к цефтриаксону; $92,3 \pm 5,3\%$ - к цефтаэзидиму; $91,6 \pm 5,6\%$ - к ципрофлоксацину; $87,5 \pm 6,7\%$ - к полимиксину; $86,9 \pm 7\%$ - к цефазолину; $86,7 \pm 7,7\%$ - к гентамицину; $66,6 \pm 27,2\%$ - к нитрофурантоину; $63,3 \pm 8,7\%$ - к левомицетину; $58,3 \pm 3,7\%$ - к канамицину и $55,5 \pm 9,5\%$ - к амициллину.

Для энтеробактерий родов Клебсиелла, Энтеробактер, Цитробактер (изучено 16 культур): $92,8 \pm 6,9\%$ культур были чувствительны к ципрофлоксацину; $80 \pm 10,3\%$ культур - к гентамицину; $77,7 \pm 13,8\%$ - к амикацину; $69,2 \pm 12,8\%$ - к цефтриаксону; $66,6 \pm 13,6\%$ - к цефоперазону; $58,3 \pm 14,2\%$ - к цефтаэзидиму; $57,1 \pm 13,2\%$ - к полимиксину; $52,9 \pm 12,1\%$ - к тетрациклину; $46,6 \pm 12,8\%$ - к левомицетину; $43,7 \pm 12,4\%$ - к канамицину; $41,6 \pm 14,2\%$ - к цефотаксиму; $21,4 \pm 10,9\%$ - к цефазолину; $18,1 \pm 11,6\%$ - к цефомандолу и $9 \pm 8,6\%$ - к амициллину.

Результаты. Наиболее эффективным в отношении энтерококков явился гликопептидный антибиотик – ванкомицин. Определенное значение в лечении энтерококковых инфекций имеют фторхинолоны (ципрофлоксацин), однако наблюдается нарастание к ним резистентности. В меньшей степени активностью в отношении энтерококков обладали левомицетин, тетрациклин, эритромицин. К аминогликозидам энтерококки природно устойчивы. С наличием у энтерококков пенициллин-вязывающего белка связана их устойчивость к цефалоспоринам. При определенных условиях баталактамные антибиотики повышают бактерицидное действие аминогликозидов.

Наши данные подтверждают, что наиболее эффективны в отношении *Pseudomonas aeruginosa* фторхинолоны (ципрофлоксацин), аминогликозиды (гентамицин и амикацин), «синегнойные» цефалоспорины (цефоперазон и цефтазидим).

В отношении протеев наиболее эффективны ципрофлоксацин, цефалоспорины 3-го поколения, аминогликозиды (амикацин и гентамицин).

Для кишечных палочек остается довольно широкий спектр выбора антибиотиков: цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды.

Для энтеробактерий родов Клебсиелла, Энтеробактер, Цитробактер наиболее эффективны фторхинолоны, аминогликозиды (гентамицин и амикацин), цефалоспорины 3-го поколения.

Таким образом, оптимальный выбор антибиотика основывается на оценке его бактерицидного спектра, возможности развития бактериальной резистентности, его фармакологических свойствах и клинической эффективности.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЯЗОК PAUL HARTMANN ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Осмоналиев Б.К., Лунтовский А.М., Шангареев Ф.Ф.,
Тышченко О.Е., Пенина И.А.
Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница № 2», г. Курган

Проблема гнойной хирургической инфекции остается актуальной, несмотря на постоянный поиск новых методов ее лечения и профилактики. Доля заболеваний, связанных с хирургической инфекцией кожи и мягких тканей, в структуре первичной обращаемости к общему хирургу достигает 70%.

С 2007 года в отделении гнойной хирургии МУЗ «Городская больница № 2» г. Кургана при местном лечении гнойных ран кожи и мягких тканей используются различные виды современных повязок («Paul Hartmann», Германия). Повязки применены у 20 пациентов. Среди них было 11 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 19 до 78 лет. Средний возраст составил $51,7 \pm 19,8$ лет. Всем пациентам проводилось операция (вскрытие и дренирование гноиного очага), антибактериальная терапия и ежедневные перевязки. 9 пациентов в анамнезе имели сопутствующие заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) и на протяжении всего курса лечения им проводилась симптоматическая гипертензивная терапия, инсулинотерапия.

Критериями оценки эффективности лечения служили: визуальная оценка регенераторных процессов в области гнойных ран, динамика болевого синдрома, бактериологическое исследование ран до и после лечения, отсутствие побочных эффектов.

Повязки накладывались в зависимости от раневого процесса (экссудация, грануляция, эпителизация). Перед наложением повязки рану промывали 3% раствором перекиси водорода и просушивали стерильной салфеткой. Затем повязку помещали в рану. Фиксировали пластырем или бинтом. Смену повязок при гнойных очагах с использованием повязки Sorbalgon и Tender Wet 24 проводили ежедневно, до полного очи-

щения и активной грануляции раны.

При определении качественного и количественного состава микрофлоры раневого экссудата были идентифицированы смешанные инфекции St. aureus + Pr. mirabilis и St. pyogenes + St. epidermidis — у 7 (35%) пациентов, у 13 (65%) флора была представлена другими микроорганизмами: Ps. aeruginosa, St. epidermidis, St. pyogenes, E. coli. У всех пациентов изначально отмечался высокий критический уровень обсемененности: $10^7 - 10^8$. В результате применения повязок и комплексного лечения отмечалось снижение бактериальной обсемененности ниже критического уровня до $10^4 - 10^5$. В 6-ти случаях (30%) лечение привело к полной бактериальной элиминации.

Вначале лечения у пациентов отмечалась обильная экссудация гнойным содержимым. Применение повязки Sorbalgon и Sorbalgon T (турунда) позволило добиться полного очищения гнойной раны в течение 4-7 дней. Очищение гнойной раны клинически проявлялось уменьшением процессов воспаления, отсутствием болевого синдрома, уменьшением отделяемого из раны, активной грануляцией и эпителизацией в ране.

Таким образом, проведенное исследование выявило эффективность повязок Пауль Хартман при местном лечении гнойных ран кожи и мягких тканей во всех стадиях раневого процесса. В большинстве случаев с помощью этих повязок можно купировать местный воспалительный процесс и очистить раневую поверхность без повторных некрэктомий, дополнительного применения антисептических средств и антибактериальных препаратов, ускорить заживление ран, снизить болевые ощущения за счет создания адекватной среды, сократить количество перевязок, экономить перевязочные средства. Также следует отметить простоту и удобство применения повязок, без травмирования регенераторной ткани и отсутствие побочных эффектов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНВАГИНАЦИОННОГО ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА АППАРАТОМ КЦА НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Ручкин В.И., Осмоналиев Б.К., Робак А.Н.
Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Рак желудка (РЖ) относится к наиболее распространенным опухлевым заболеваниям человека и занимает 2-е место в структуре онкозаболеваемости. Гастрэктомия является одной из основных операций, применяемых при хирургическом лечении рака желудка. Наиболее грозным и часто встречающимся осложнением гастрэктомии которое часто становится одной из основных причин летальных исходов в раннем послеоперационном периоде, является несостоятельность швов анастомоза. Летальность после таких операций сохра-

няется на уровне 1,5-25%, а частота послеоперационных осложнений достигает 36% и более (Черноусов А.Ф. и др., 2004).

С 2004 года в хирургическом отделении областной клинической больницы г. Кургана при выполнении гастрэктомии по поводу рака желудка пищеводно-кишечный анастомоз (ПКА) формируем с помощью аппарата КЦА (компрессионных циркулярных анастомозов) собственной конструкции, который имеет компрессионные рабочие головки диаметрами 20, 22 и 24 мм. Сила сжатия в компрессионном устройстве создается с помощью никелидтитановой (TiNi) пружины.

Аппарат КЦА применен нами у 30-ти пациентов. Возраст пациентов - от 32 до 82 лет, средний возраст пациентов составил $55,05 \pm 2,87$. Мужчин было 21 (70%), женщин 9 (30%).

У 2-х пациентов гастрэктомия сопровождалась спленэктомией, у 1-го - резекцией поперечно-ободочной кишки.

Результаты рентгенологических исследований свидетельствуют о том, что компрессионное устройство в клинических условиях отторгается из зоны анастомоза на 9-11 сутки, беспрепятственно мигрирует по желудочно-кишечному тракту и выделяется из организма естественным путем.

На 30 операций с применением аппарата КЦА при гастрэктомии несостоительности шва ПКА не наблюдалось.

При проведении эндоскопического исследования отмечалось свободное прохождения пищевода, с розовой слизистой. Пищеводно-кишечное соусье сокнуто, при нагнетании воздуха легко раскрывается. Анастомоз линейной формы, до 2,0 см, слизистая смыкается полностью, края его ровные, эластичные, мягкие, воспаления нет. В отводящей кишке в области межкишечного анастомоза, в просвете небольшое количество желчи.

Таким образом, полученные нами непосредственные результаты операции гастрэктомии с применением аппарата КЦА для формирования ПКА по поводу рака желудка свидетельствуют об отсутствии несостоительности швов анастомоза, летальных исходов и осложнений в раннем послеоперационном периоде.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ИНГАЛЯЦИОННОГО АНЕСТЕТИКА – СЕВОРАНА

Астафьев С.В., Астафьев Д.С.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Введение. Уже больше года наше отделение применяет новейший ингаляционный анестетик – севоран. Не вдаваясь в детали, можно сказать, что анестетик хороший. Проблема коррекции высокого давления во время операции перестала существовать. Чуть больше концентрация севорана, и давление снижается. Не нужен нитроглицерин, дроперидол, клофелин, большие дозы фентанила и ардуана. После сниже-

ния концентрации севорана в крови больные легко просыпаются, даже после длительных, травматичных операций и не требуют перевода в реанимацию. Стоимость препарата 1000\$ за 1 литр, но при наличии низкоточных аппаратуры расход его не велик (при мерно 15 мл на час наркоза). Для работы с ингаляционными анестетиками были закуплены вентиляторы, работающие по полузакрытому контуру, то есть газовая смесь в них длительно циркулирует между больным и вентилятором, прежде чем попасть в атмосферу. Это создает экономию ингаляционных анестетиков. Самые лучшие аппараты из этой серии в отделении - Фалькон (Швеция) и Блис (Великобритания). Оба они снабжены микропроцессорами и ЖК - экранами, они демонстрируют дыхательную кривую и потоковую кривую, что очень удобно для работы. Удобный интерфейс с возможностью менять параметры дыхания создает дополнительный психоэмоциональный комфорт для анестезиолога. Аппараты Сеар Майор (Италия) разочаровали ненадежностью отдельных элементов конструкции (вентили дозиметров, колбы адсорбера).

Методика наркоза. Для вводного наркоза мы используем фентанил и тиопентал натрия (иногда диприван), проводим прекуаризацию ардуаном, после чего вводим дитилин. На высоте нейромышечного блока интубируем трахею (или устанавливаем ларингеальную маску). Далее после начала ИВЛ в режиме нормовентиляции на ротометрических трубках устанавливается поток по 2 мл O_2 и N_2O соответственно, вводится ардуан и фентанил. Суммарные дозы ардуана и фентанила обычно уменьшены в 2 раза. Концентрация севорана устанавливается 2-3 об.% на 10-20 мин (фаза насыщения). При стабилизации гемодинамики соотношение $O_2 : N_2O$ меняем на 0,5 : 0,5 до конца операции (поддерживающая фаза). За 5 мин до конца операции закись азота и севоран отключаем. Подаем O_2 – 5 мл/час и ждем пробуждения, которое наступает обычно через 10 минут. Больные просыпаются легко, с хорошим мышечным тонусом, без ларингоспазма, могут сами проглотить слону, все понимают, остаточная седация проходит в течение 10 минут. Иногда появляется болевой синдром, требующий введения ненаркотических анальгетиков. При необходимости можно использовать остаточную декуаризацию.

Влияние на операционную бригаду. При герметичности дыхательных контуров отрицательных эффектов не замечено, при загрязнении операционной севораном (появление сладковатого запаха) ощущается легкая сонливость и «ватность», реже головная боль.

Заключение. Применение севорана позволило достичь стабильной гемодинамики, уменьшить время пребывания больного в операционной, добиться быстрого восстановления мышечного тонуса и сознания.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Басов В.Ф.

*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница № 2», г. Курган*

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями на долю урологических локализаций приходится 6,8%. Среди них более 70% занимает рак мочевых органов и 24,5% - рак предстательной железы.

Основным критерием достоверности диагноза и сведений о вновь выявленных больных является морфологическая верификация. За последние годы при раке мочевого пузыря (71-74%) и предстательной железы (60-62%) этот показатель был стабильным и занимал среднее положение среди других форм опухолей. На профилактических осмотрах рак мочевого пузыря и предстательной железы выявляется редко – лишь у каждого 77-го и 37-го больного соответственно.

В 1993 г. стандартизованный показатель заболеваемости составлял в РФ 9,6. Значительно выше он был в Алтайском (14,8) и Ставропольском (13,2) краях, Архангельской (13,5) и Курганской (13,4) областях.

Из 1000 тридцатилетних мужчин на протяжении предстоящей жизни 8 рискуют заболеть раком предстательной железы и 6 – умереть от него.

Для злокачественных новообразований мочевых органов характерен выраженный рост смертности: на 74% за 1990-1993 гг. Наиболее часто умирают от этих опухолей мужчины Камчатской (18,5), Курганской (17,0) и Тульской (17,0) областей, Приморского края (16,3). Женщины – Магаданской (6,7%), Архангельской (4,8), Ленинградской (4,4%) областей.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями по урологическому отделению за период с 1997 г. по 2007 г. включительно на первом месте стоит рак предстательной железы и составляет 3,85% (58 человек). В первую очередь это связано с улучшением диагностики – введения в практику определения ПСА, УЗД. Заболеваемость раком мочевого пузыря с 1997 по 2007 гг. увеличилась в 2,14 раза и занимает второе место. В структуре заболевания преобладает мужское население – 2,61%, женское – 0,51%. Средний возраст мужчин 63,87 года, женщин – 60,04 лет. Третье место занимает рак почки и составляет 3,33%. В структуре заболевания преобладает мужское население – 1,23%, женское – 0,69%. Средний возраст мужчин 59,03 лет, женщин – 58,19 лет.

В последние годы отмечается выявление заболеваний на ранних стадиях, что связано с улучшением диагностики.

Таким образом, онкоурологические заболевания наносят обществу значительный социально-экономический ущерб.

Внедрение в практику таких методов обследования как УЗИ, КТ, ПСА позволяет выявлять заболевания на более ранней стадии.

Онкоурологические заболевания в г. Кургане имеют тенденцию к увеличению и занимают 3-е место от общего числа госпитализированных больных.

Необходимо совершенствование онкологической помощи этой категории больных – как амбулаторной, так и стационарной.

ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНО- ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЭНДОСКОПИИ

Ручкин В.И., Семенов В.В., Иванникова И.А.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Одним из методов остановки желудочно-кишечных кровотечений и профилактики их рецидивов является применение в эндоскопии аргонно-плазменной коагуляции. Метод заключается в использовании струи ионизированного аргона («аргоновой плазмы»). Этот метод ставят в один ряд с наиболее эффективными и проверенными практикой средствами гемостаза. Одним из важнейших преимуществ этого метода является то, что он является бесконтактным, а следовательно, лишенным побочных эффектов, свойственных контактным методикам, в виде рецидива кровотечения, вследствие отрыва тромба-сгустка. Аргоновую плазму можно использовать для гемостаза в труднодоступных участках (например, в деформированной луковице двенадцатиперстной кишки) за счет ее сродства к зонам высокой электропроводимости (жидкая кровь и свежие тромбы) и режима работы путем «стекания за угол». Немаловажен и тот факт, что методика практически не обладает эффектом минус-ткань: аргонно-плазменная коагуляция минимально испаряет и повреждает ткань и не «выжигает» углубление в источнике кровотечения, а, формируя плотный защитный слой, как бы заваривает его. Коагулирующий эффект аргоновой плазмы легко дозируется, она не обладает выраженным термическим воздействием на глубокие слои кишечной стенки (глубина проникновения аргоновой плазмы в глубь ткани не более 2 - 3 мм) и, следовательно, безопасна в плане перфорации органов, особенно таких, как пищевод, двенадцатиперстная и тонкая кишка.

Для проведения аргонно-плазменной коагуляции через биопсийный канал эндоскопа проводится специальный зонд, соединенный с источником аргона. При этом дистальный конец зонда располагается на расстоянии 10 мм от конца эндоскопа и 5 - 10 мм от субстрата. При объемной скорости потока аргона 2 л/мин и электрическом напряжении 60 Вт производится коагуляция поверхности субстрата 4-5 импульсами по несколько секунд до достижения надежного (по эндоскопическим признакам) гемостаза. При наличии фиксированного тромба-сгустка имеется возможность отмыть его прямо через зонд для аргонно-плазменной коагуляции.

Первый клинический опыт показал, что использование аргоновой плазмы особенно эффективно при кровотечениях из сосудистых пороков развития, таких, как

поражения Дьелафуа, телеангиоэктазии и т.д., когда необходимо обеспечить мощный гемостатический эффект и чрезмерно не разрушить слизистую оболочку. Однако аргоно-плазменная коагуляция (АПК) находит все более широкое применение при кровотечениях язвенной этиологии, опухолях, синдроме Мелори-Вейса.

Противопоказанием к АПК источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ являются агональные состояния больного, наличие у пациента имплантированного кардиостимулятора, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиофундального отдела желудка. Ограничением является тотальное эрозивное поражение пищевода, желудка, ДПК.

В эндоскопическом отделении Курганской областной клинической больницы аргоно-плазменная коагуляция была применена в 10 случаях рецидивов язвенных кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях был достигнут хороший гемостатический эффект без рецидивов кровотечения. Использовалась установка «Фотек ЕА 141» и торцевой зонд ERBE. Аргоноплазменная коагуляция проводилась в режиме «Фульгур»- это форсированная коагуляция на глубину до 3 мм. Также существует режим «Спрей», который применяется для мягкой коагуляции поверхности с плавным увеличением глубины коагуляции от 0,5 до 3 мм.

Таким образом, метод аргоно-плазменной коагуляции является достаточно эффективным и безопасным методом остановки желудочно-кишечных кровотечений при проведении фиброгастродуоденоскопии.

АНАЛИЗ И СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЗА 3 ГОДА

Меркулов А.Н.

Муниципальное учреждение «Звериноголовская центральная районная больница», Курганская область, с. Звериноголовское

За 3 года в Звериноголовской ЦРБ пролечен 161 человек с острой хирургической патологией, из них стабильно значительную часть составляют больные с острым аппендицитом – 74. Вторую значительную группу составляют пациенты с острым холециститом – 32, причем 90% из них – с наличием конкрементов в желчном пузыре. За последний год число больных калькулезным холециститом увеличилось с 8 до 16 человек. Это в большей степени объясняется открытием в ЦРБ кабинета ультразвуковой диагностики.

За 3 года практически постоянным остается количество больных с желудочно-кишечными кровотечениями – 8-11 в год. Причем высок процент впервые выявленных язвенных кровотечений – 6 из 8-ми случаев, хотя данные пациенты обращались в поликлинику ранее по поводу других заболеваний. 2 человека наблюдались у терапевта, но назначенное лечение и диету не соблюдали, на повторные осмотры не являлись.

Число больных с ущемленными грыжами, кишеч-

ной непроходимостью составляет по 2 случая в год.

Число обратившихся за медицинской помощью позже 24 часов больше всего среди больных острым холециститом – 25%; желудочно-кишечными кровотечениями – 37%. Меньше количество – при остром аппендиците (9%).

У обратившихся позже 24 часов состояние было более тяжелым, что влекло за собой затруднения в диагностике и большие затраты на лечение, хотя во всех группах сроки лечения соответствовали стандартам.

На примере больных с острым аппендицитом четко видна связь тяжести больных со сроками их доставки в ЦРБ.

За 3 года пролечено 74 больных с острым аппендицитом, из них: 31 ребенок 0-17 лет; 43 взрослых. С катаральным аппендицитом – 17 человек, из них доставлены до 6 часов – 15 человек; с флегмонозным – 49 человек, из них доставлено с 7 до 24 часов – 40 человек; с гангренозным – 10, из них доставлено позже 24 часов – 8 человек.

Среди обратившихся позже 24 часов: 4 человека – жители райцентра и 4 человека – жители сел. В 4-х случаях больные занимались самолечением, двое – не придавали значения серьезности жалоб, и лишь в одном случае отмечалось отсутствие транспорта. В одном случае у больного-инвалида I группы с церебральным параличом дома трудно было выявить жалобы.

Случаев осложненных форм из-за задержки оперативного вмешательства не отмечалось.

Выводы:

- не прослеживается связь поздней доставки в ЦРБ с удаленностью места жительства больного;
- для предотвращения случаев самолечения необходима преемственность в работе центральной районной больницы и фельдшерско-акушерских пунктов, а также усиление роли средств массовой информации;
- на этапе участкового приема необходимо более качественное обследование пациентов по сопутствующими жалобам, более качественное лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, своевременная и более ранняя передача данных больных для хирургического лечения, т.к. число прободных язв и желудочно-кишечных кровотечений не уменьшается;
- необходимо увеличить число плановых холецистэктомий при желчно-каменной болезни, т.к. заболеваемость и болезненность при данной патологии остается на достаточно высоком уровне.

ПРОФИЛАКТИКА КОЛЛАПСА ПРИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ И НАРКОЗЕ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Кязимов Ф.М., Заика В.И., Холодков В.А., Нестеров Ф.В.

Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница №2», г. Курган

По дошедшим до нас из глубины веков сведениям, кесарево сечение является одной из самых древних операций. Успехи в развитии абдоминального родоразре-

шения вызвали значительное увеличение частоты кесарева сечения во всем мире за последние 15-20 лет.

В последнее время отмечается довольно стойкая тенденция к увеличению частоты оперативного родоразрешения, которое достигает 20-25% от всех родов.

Роль кесарева сечения в снижении материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности в настоящее время ни у кого не вызывает сомнения. Абдоминальное родоразрешение позволило существенно снизить показатели материнской смертности при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и ее предлежании, узком тазе, тяжелых формах поздних гестозов, некоторых видах экстрагенитальной патологии.

Усовершенствование качества швного материала, техники операции и наркоза, рациональное ведение послеоперационного периода позволили значительно улучшить исходы кесарева сечения для матери.

Аnestезия как один из факторов материнской смертности в последнее время во многих странах заметно сокращается. Вероятно, определяющую роль в этом играет, наряду с совершенствованием общей анестезии, более широкое распространение регионарных методов обезболивания и использование мониторинга в операционной.

Кесарево сечение может быть выполнено под общей анестезией, регионарной (эпидуральной или субдуральной) и местной инфильтрационной анестезией. Каждый метод анестезии имеет свои достоинства и недостатки, к каждому существуют достаточно строгие показания и противопоказания.

Целью нашей работы явилась оценка и обобщение опыта различных видов анестезии, выявление осложнений анестезий при операции кесарева сечения на базе городской больницы №2 г. Кургана. Регионарная анестезия (кроме СМА) и общее обезболивание в нашем роддоме №2 проводится с открытия родильного дома в 1970 году, СМА - с 2002 года.

Нами проанализировано 560 регионарных анестезий (ДЭА, ЭА, СМА) за 3 года и 80 общих анестезий при кесаревом сечении. А именно, анализировали коллапс при анестезии.

Под коллапсом в анестезиологии понимают такое снижение артериального давления, когда sistолическое давление становится ниже исходного диастолического.

Регионарная анестезия составила 70% от общего количества анестезиологических пособий при кесаревом сечении. Коллапс развился при регионарной анестезии у 20 пациенток, что составило 3,6%, при общей анестезии в двух случаях-2,5%. Дети после этих осложнений родились с оценкой по шкале Апгар на 7-8 баллов.

Предрасполагающими факторами к коллапсу считают: симпатическую денервацию (симпатический блок) при СМА, аортокавальную компрессию, гиповолемию, сердечную слабость, предшествующую гормональную терапию, сосудистые дистонии, неадекватность защиты в наркозе.

Непосредственными причинами коллапсов чаще всего являются:

1) основной причиной понижения артериального давления во время наркоза является главный недостат-

ток любого наркоза - уменьшение компенсаторных механизмов организма, в первую очередь, снижение сосудистого тонуса. Это ярко проявляется на вводном наркозе у больных с исходной кровопотерей, но нормальным артериальным давлением;

2) другой частой причиной коллапсов является исходная сердечная слабость;

3) многие анестезиологические средства обладают побочным вазоплегическим свойством (фторотан, тиопентал, промедол, дроперидол);

4) кровопотеря во время операции, при позднем ее возмещении, естественно, может быть причиной коллапса;

5) потеря жидкости в так называемый «третий сектор», в акушерстве редчайший случай;

6) коллапс может быть следствием резкой и внезапной гипоксемии в результате вентиляторных расстройств.

Мы используем следующие профилактические приемы:

1. При СМА, ДЭА, ЭА больных укладываем на бок, предварительно используем кристаллоиды в объеме 400 мл +400 мл коллоиды, в редких случаях - эфедрин 0,3 мл в/в, 0,7 мл в/м.

2. Рациональная предоперационная инфузционная терапия.

3. У гормонозависимых больных для профилактики коллапса перед вводным наркозом вводим в вену капельно гидрокортизон 125 мг или преднизолон 30-60 мг.

4. Плановые больные с сердечной патологией должны пройти курс кардиотерапии под контролем кардиолога. Кардиотоническую предоперационную подготовку такие больные должны пройти обязательно. У нас она проводится энергично и кратко. Больным, длительное время получавшим препараты наперстянки, отменять последние перед операцией не следует. Риск получить коллапс от ослабления сердечной деятельности у них выше, как и возможность извращенного действия симпатомиметиков во время лечения уже состоявшегося коллапса.

Анестезиологу следует помнить, что при ретроспективном анализе коллапсов в наркозе почти всегда фигурирует факт недооценки тяжести состояния больного и отсутствие или неполнота мер профилактики этого осложнения.

ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кязимов Ф.М., Заика В.И., Стефанович С.С.,

Шарыпов Д.В., Басов В.Ф.

Муниципальное учреждение здравоохранения

«Городская больница №2», г. Курган

Пациенты, подвергающиеся генитоуринарным операциям, – это чаще всего пожилые мужчины, страдающие сопутствующими заболеваниями. Наиболее час-

то выполняемой урологами операцией является цистоскопия, а также трансуретральная резекция предстательной железы. Цистоскопия нередко производится у лиц, наблюдавшихся по поводу рецидивирования опухоли мочевого пузыря, иногда каждые 6 месяцев. Гипертрофия предстательной железы – это болезнь пожилых людей, которая редко проявляется ранее 55 лет. Пациенты, подвергающиеся операции на почках, и в меньшей степени лица, страдающие рефлюксом мочи или обструкцией мочеточников, могут иметь нарушение почечной функции. Это следует выяснить до операции. Заболевание почек может сопровождаться гипертензией, поэтому соответствующее лечение должно быть оптимизировано до операции. Необходимо помнить о возможности сопутствующей ишемической болезни сердца, сахарного диабета и др. (А.Р. Эйткенхед, Г.Смит).

Задачей настоящей работы является сравнительная оценка влияния общего обезболивания (ЭТН, ЭА, СМА) на течение операционного и ближайшего постоперационного периода при аденомэктомии у больных старше 70 лет.

Проведен анализ обезболивания 200 мужчин в течении 5 лет в возрасте старше 70 лет, 71-75 лет – 175 человек, 76-80 лет - 20 человек, старше 80 лет - 5 человек. 100 человек страдали ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией (50%), 50 человек – хроническими неспецифическими заболеваниями легких (25%), 50 человек - другими болезнями и сахарным диабетом (25%). ЭА проводилась по обычной методике, 2% раствором лидокаина (6-8 мг/кг массы тела), дикаин 1% раствором (6-10 мл), норопин 0,75%-12-14 мл, маркаин 0,5%-16-18 мл. СМА проводилась маркаином-хеви и спинал 0,5% от 2,8 до 3,6 мл. ЭТН-вводный наркоз тиопенталом поддержание анестезии фентанил + Н₂O-2:1. Величина кровопотери отмечалась при всех видах анестезии. Объем инфузий во время операции ЭТН составил 10 мл/кг/час, при ЭА 15-20 мл/кг/час, при СА 20-25 мл/кг/час.

Реанимационный койко-день существенно не отличался у больных 1, 2, 3 групп и составил 1-2 дня. Снижение и повышение артериального давления отмечалось в основном в 1 группе во время вводного наркоза. Кровопотеря в меньшей степени отмечалась у 2 и 3 групп больных, однако артериальное давление снизилось больше в этих же группах, иногда была необходима инотропная поддержка.

Заключение: стабильность гемодинамического статуса ЭА во время и после аденомэктомии поддерживается за счет увеличения преднагрузки, что представляется опасным у больных с недостаточностью кровообращения, предшествующей анемией, кахексией. У этой категории больных ЭТН является методом выбора. Спинальная анестезия является высокоеффективной при операциях до 1,5-2 часов. ЭА и СМА являются предпочтительней в современной медицине в связи с большей дешевизной и простотой выполнения, благодаря применению эфедрина, мезатона и дофамина, в связи с этим от эндотрахеальной анестезии мы воздерживаемся. За 5 лет смертельных исходов или инвалидизации от анестезии не было.

ПРОБЛЕМА ПОЛНОГО ЖЕЛУДКА В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Кязимов Ф.М., Заика В.И., Стефанович С.С.,
Николаев О.В.

Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница №2», г.Курган

Среди осложнений наркоза первое место занимают рвота и регургитация. Рвота – это активное антиперистальтическое освобождение желудка. Акт рвоты просматривается визуально. Рвотный центр возбуждается в начале наркоза или на этапе просыпания от наркотического сна.

Рвота во время наркоза - признак резкого ослабления глубины наркоза, погрешность в технике проведения анестезиологического пособия.

Рвотный рефлекс у людей чрезвычайно вариабелен. Предрасполагают к рвоте: полный желудок, алкогольное опьянение, механическое раздражение ротовоглотки, шок, гипоксия. Предвестниками рвоты являются расширение зрачков, побеление носогубного треугольника с каплями пота, слезотечение.

Лечение состоявшейся рвоты хорошо известно анестезиологам. Следует опустить головной конец стола, повернув голову пациента на бок, открыть ему рот, механически очистить ротовоглотку с помощью электротсоса или тупфера, салфеткой на корицанге. Основная опасность рвоты заключается в аспирации рвотных масс.

Пища у здорового человека после ее приема задерживается в желудке в среднем 4-6 часов. У больного, даже с травмой конечности, этот срок удлиняется на неопределенное время, поэтому анестезиолог часто совершенно напрасно стремится уточнить время последнего приема пищи, перенося при возможности время наркоза, ориентируясь на средние сроки пребывания пищи в желудке здорового человека. Частоту рвоты можно резко уменьшить выбором анестетика и методом обезболивания.

Регургитация – это пассивное затекание в ротовоглотку желудочного содержимого или кишечного содержимого вследствие мышечного расслабления. Мы проанализировали 200 больных, у которых произошла рвота, в 4-х случаях отмечалась пассивная регургитация с последующей правосторонней пневмонией после энергичного лечения с последующим выздоровлением. Возраст больных от 16 до 85 лет. Эндотрахеальных наркозов - 50, СМА и эпидуральных анестезий - 100, внутривенных наркозов - 50. Больше всего рвота появлялась у больных с внутривенным наркозом. Во время эндотрахеальных наркозов, в 4-х случаях пассивная регургитация, с развитием пневмонии – исход благополучный.

При СМА и ЭА активная рвота осталась без последствий, потому что больные были в сознании. Мы применяли следующие приемы профилактики регургитации:

1. Придание положения Фовлера.
2. Прием назогастрального зонда после опорожнения желудка, который затем удаляли.

3. Прием Селлика.
4. Прием интубации без предварительной вентиляции.
5. Прием интубации трахеи после усыпления больного на самостоятельном дыхании, проводя местную анестезию голосовых связок, надгортанника.
6. Применение субапнотических доз недеполяризующего релаксанта перед вводным наркозом.
7. Применение неспецифических антацидных средств (цитрат натрия).

8. Применение H2-гистаминоблокаторов за 30 минут до анестезии.

9. Применение метоклопромида и т.д.

В заключение следует заметить, что ни у одного больного не было регургитации после проводниковой анестезии. Больше всего рвота отмечалась у больных, оперированных при внутривенном наркозе. Пассивная регургитация отмечалась у больных, оперированных под эндотрахеальным наркозом.

Следует заметить, что регургитация встречается значительно чаще, чем диагностируется. Одним из признаков незамеченной регургитации с аспирацией является упорная гипертензия.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА

Гречишкин А.К., Тихомирова Е.Н.

*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская больница № 2», г. Курган*

Среди хронических осложнений сахарного диабета поражения нижних конечностей являются одной из главных причин инвалидизации и социально-экономического ущерба. Уменьшение частоты ампутации нижних конечностей на 50 % было провозглашено одной из главных задач, стоящих перед системами здравоохранения стран, подписавших Сан-Винсенскую декларацию и международными медицинскими организациями (ВОЗ, Международная диабетическая федерация).

К сожалению, в нашей стране пока отсутствует статистический учет больных, страдающих поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета. В то время как осложнения сахарного диабета - диабетическая ангиопатия и полинейропатия нижних конечностей - достаточно изучены, данные о поражении костной ткани противоречивы. Клинико-рентгенологически отмечаются два противоположных процесса: гиперостоз и остеопороз.

Немногочисленные данные свидетельствуют о том, что при сахарном диабете I типа имеется тенденция к снижению массы костной ткани и изменению ее макроархитектоники. Считается, что первое сообщение об остеопорозе у больных, страдающих сахарным диабетом I типа, опубликовано L.B. Morrison и I.K. Bogan в

1927 году. В последующем, благодаря работам F. Albright, остеопороз стал рассматриваться как одно из осложнений сахарного диабета I типа.

Данные о распространенности остеопороза при сахарном диабете I типа варьируют вследствие различия применяемых методов исследования костной ткани, половозрастной структуры обследуемой выборки, этнических групп, длительности и тяжести сахарного диабета, а также ряда других факторов.

Нами было проведено обследование 13 больных сахарным диабетом I типа. Исследования проводились в лаборатории ранней диагностики, профилактики и лечения остеопороза при ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Росмедтехнологий». Исследовалась минеральная плотность костной ткани у больных сахарным диабетом I типа, на двухэнергетическом костном денситометре фирмы «Lunar DPX NT» (Lunar General Electric Medical Systems, США). Обследовано 13 больных в возрасте от 19 до 45 лет с сахарным диабетом I типа. Из них мужчин – 8, женщин – 5. Длительность заболевания у всех более 5 лет. Все больные являются инвалидами II – III группы. Больные по основным антропометрическим критериям и по социальным параметрам по группам статистически значимо не отличались. По тяжести состояния пациенты существенно не различались.

Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) в скелете составила от 95 % до 99 % Т-критерия (при сравнении со здоровыми молодыми людьми соответствующего пола). МПКТ в позвоночнике $I_2 - I_4$ составила от 82 % до 90 % Т-критерий, что соответствует низкой плотности костной ткани. Максимальное снижение выявлено в I_4 от 82 % до 84 % Т-критерий. МПКТ в костях нижних конечностей составила от 76 % до 82 % Т-критерий, что соответствует низкой плотности костной ткани, и говорит о наличии остеопороза нижних конечностей у всех без исключения обследуемых больных с сахарным диабетом I типа. По полученным нами данным остеопороз нижних конечностей является столь же грозным осложнением сахарного диабета I типа, как диабетическая ангиопатия и полинейропатия нижних конечностей.

СЛУЧАЙ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЁННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ПЕРФОРТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТОЙ КИШКИ

Кочуров Н.В.

Муниципальное учреждение «Шадринская городская больница скорой медицинской помощи», Курганская область, г. Шадринск

Больной К. поступил в приёмное отделение МУ Шадринской ГБСМП 27.02.2002 г. с жалобами на боли в эпигастральной области живота постоянного характе-

ра. Употреблял алкоголь 23-24.02.2002 г. Боли в животе появились 25.02.2002 г. на фоне выраженной физической нагрузки (на момент болезни работал дворником-грузчиком). Принимал анальгетики. За медицинской помощью обратился только 27.02.2002 г., когда боли в животе стали нестерпимыми. В приёмном отделении пациент осмотрен дежурным хирургом. На момент осмотра состояние тяжёлое, кожные покровы и видимые слизистые бледные с цианотичным оттенком, влажные, акроцианоз. Язык сухой с белым налётом. В лёгких жёсткое ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, частота сердечных сокращений 86 ударов в 1 минуту, артериальное давление 110/70 mm Hg. Живот резко болезненный во всех отделах, особенно в эпигастрии. С диагностической целью проведена рентгенография брюшной полости, выявлен свободный газ под диафрагмой. С целью исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда, учитывая появление болей на фоне выраженной физической нагрузки, проведено электрокардиографическое исследование. По электрокардиограмме выявлена синусовая тахикардия (100 ударов в 1 мин.), крупноочаговый инфаркт миокарда задне-диафрагмальной области левого желудочка, острый подострый период. Учитывая клинические, рентгенологические и электрокардиографические данные, диагностировано сочетание острой хирургической и коронарной патологии. По жизненным показаниям проведена верхне-срединная лапаротомия с ушиванием перфоративной язвы 12-перстной кишки. Во время наркоза за 10 мин до окончания операции и перевода больного в отделение реанимации отмечено снижение артериального давления до 90/60 mm Hg, подключен 0,5%-ный дофамин в систему. После перевода в отделение реанимации – ухудшение состояния: нарастание цианоза, серость кожных покровов, на фоне инфузии дофамина снижение артериального давления до 60/20 mm Hg. Объективно: состояние крайне тяжёлое, в лёгких «аппаратное» дыхание, проводится во все отделы, тоны сердца глухие, аритмичные, частота сердечных сокращений 160 в 1 мин. Пульсация периферических сосудов слабая. Учитывая нарастание острой левожелудочной недостаточности, по экстренным показаниям на фоне анестезиологического пособия, поляризующей смеси и антикоагулянтов совместно с дежурным кардиологом, проведена электроимпульсная терапия разрядом тока 3,2-6,8 кВ (неоднократно) с целью восстановления синусового ритма. Синусовый ритм восстановить не удалось. На фоне дальнейшего введения обзидана, вазопрессоров – адреналина, дофамина, – артериальное давление стабилизировалось на цифрах 100/80 mm Hg, уредилась частота сердечных сокращений до 140 в 1 мин., далее произошло спонтанное восстановление синусового ритма. После экстубации и восстановления сознания больному в полном объёме была назначена терапия острого инфаркта миокарда (нитраты reg os и парентерально, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антиагрегантные и кардиометаболические препараты). 04.03.2002 года больной переведён в кардиологическое отделение, где под наблюдени-

ем хирурга и проведением противоязвенного лечения (ранитидин, маалокс, викалин, тетрациклин, метронидазол) больной находился до выписки под наблюдение кардиолога городской поликлиники. В дальнейшем пациент ежегодно проходит плановое стационарное лечение в кардиологическом отделении Шадринской ГБСМП, регулярно принимает рекомендованные антиишемические и курсами (весна-осень) – противоязвенные препараты. По основному заболеванию (инфаркт миокарда) больному определена II группа инвалидности.

ЭКОНОМНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ РАКЕ

Власов В.В., Балаев И.И., Балаев П.И., Николайчик П.Н., Фролова Н. И., Рязанов С.И.
Государственное учреждение «Курганский областной онкологический диспансер», г. Курган

Проблема лечения рака легкого становится одной из важнейших в клинической онкологии. Определенные успехи достигнуты в результате разработки и совершенствования отдельных методов лечения. Важную роль среди них играет хирургический метод, при котором одной из наиболее сложных и ответственных задач является выбор адекватного объема оперативного вмешательства. Пневмонэктомия длительное время считалась единственным возможным радикальным объемом. В то же время известно, что среди заболевших раком легкого преобладают лица пожилого и старческого возраста. Это делает хирургическое лечение в объеме пневмонэктомии и лобэктомии большей части этих больных невозможным. В таких случаях оправдано проведение более щадящих в функциональном отношении экономных резекций легких. По данным литературы, летальность после таких операций составляет от 0 до 5%, причем послеоперационной летальностью сопровождаются операции, выполненные у наиболее тяжелых больных.

В торакальном отделении Курганского областного онкологического диспансера с 2001 по 2006 г. выполнено 64 радикальных операции (пневмонэктомии и лобэктомии) и 26 операций экономного объема (из них 10 операций носили условно радикальный характер, 12 операций расценены как паллиативные, а 4 операции как диагностические). У четырех больных с атипичными резекциями легких выявлен очаговый туберкулез легких (все больные живы, лечатся и наблюдаются у фтизиатра). После паллиативных операций 9 больных умерли в течение 2-х лет, а трое больных живы и получают курсы ПХТ. После условно радикальных операций умерло двое больных, прожив около 4 лет после операции. Среди условно радикально оперированных больных было 8 мужчин и 4 женщины. Периферический рак легкого I-II стадии был у 6 больных, III-IV стадии – у 4-х больных. Летальных исходов после экономных резекций легкого в постоперационном периоде не

было. При оценке отдаленных результатов, в зависимости от гистологической структуры опухоли, установлено: при дифференцированном плоскоклеточном раке живы четверо из 7-ми больных, а при adenокарциноме из 6-ти больных. Это приводит к заключению об ухудшении результатов экономных резекций при плоскоклеточном раке, что обусловлено условиями метастазирования, т.к. плоскоклеточный рак чаще метастазирует лимфогенно. Поэтому важно удаление регионарного лимфатического аппарата, в то время как adenокарцинома чаще метастазирует гематогенно, и для успешного ее лечения достаточно удаления самой опухоли. Таким образом, по представленным нами данным можно сделать следующие выводы: из 26-ти больных, оперированных в течение 5 лет, в настоящее время живы 15 больных (57,7%), но ни один из них не прожил более 5-ти лет. После радикальных операций (пневмонэктомии и лобэктомии) послеоперационная летальность составила 6,6%, но пятилетняя выживаемость составила 34,9%. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что экономные резекции легких оправданы, во-первых, с целью верификации диагноза; во-вторых, при тяжелой сопутствующей патологии у больных со сниженными функциональными резервами. В-третьих, экономные резекции легких практически не влияют на послеоперационную смертность, но заведомо уступают радикальным операциям по отдаленным результатам.

Таким образом, экономные резекции легких являются важным резервом повышения резектабельности, улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения, реабилитации больным раком легкого.

ОПЫТ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ КУРГАНСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Гаврильченко С.В.
*Муниципальное учреждение «Городская больница
скорой медицинской помощи», г. Курган*

Открытие реанимационной бригады состоялось в марте 1974 года под названием токсико-терминальная бригада. За истекшие десятилетия бригада трансформирована в универсальную реанимационную бригаду с приоритетными направлениями по токсикологии и травматологии. В последние годы является внештатным подразделением центра медицины катастроф и базируется на центральной станции Городской больницы скорой медицинской помощи, г. Курган.

То, что бригада травматологической, токсикологической и других видов специализированной помощи в идеале должна быть совмещена с городскими реанимационными центрами, в литературе подчеркивается постоянно. В нашем же городе – это реальность.

Это важнейшее организационно-методическое условие позволяет проследить окончательные результа-

ты, критически оценивать характер догоспитальной помощи и постоянно подтягивать качество последней до уровня стационарного этапа на основе единой реанимационной доктрины.

Поводами для вызова служат, кроме всех разновидностей несчастного случая, внезапные заболевания и тяжелые осложнения хронических заболеваний. Основную часть вызовов в помощь медработнику составляли коматозные состояния, острые нарушения мозгового кровообращения, судорожные состояния, анафилактический шок, стойкие коллапсы различной этиологии, острые хирургические и гинекологические кровотечения, интоксикационные синдромы, астматические состояния, осложнения пневмонии, вызовы на консультацию без уточненного повода и вызова на реанимацию при клинической смерти, агональном и преагональном состояниях. Вызовы от медработников являлись наиболее достоверными, чем от населения и должностных лиц предприятий, других учреждений и служб (112, 01, 02, 04).

В табл. 1 представлены показатели работы реанимационной бригады за 3 года.

*Таблица 1
Показатели работы реанимационной бригады
Курганского центра медицины катастроф (2004-2006 г.)*

Год	Обслу- женено вызовов	Направлено на госпитали- зацию	Госпита- лизиро- вано	Процент госпита- лизации	Допущено ошибок в диагнозе	Процент расхож- дения диаг- нозов
2004	1102	298	246	82,5	10	4,4
2005	1057	331	247	74,6	13	5,7
2006	1042	335	271	76,3	8	3,1
Итого	3201	964	764	77,8 %	31	среднее значение 4,40 %

Причинами диагностических ошибок послужило, в основном, отсутствие достаточного времени для динамического наблюдения, нехарактерный анамнез или его полное отсутствие, тяжесть основного заболевания с его острым началом, сопутствующие заболевания и их осложнения. Несмотря на расхождение основного диагноза, данные больные были доставлены в профильные отделения с улучшением состояния. Ситуационная обстановка на месте вызова не позволяла оставить этих больных дома или отсрочить время госпитализации. Допущенные неточности в диагнозе не повлияли на течение заболевания, комплекс дифференциально-диагностического пособия в ходе лечения и наблюдения, осуществляемые на стационарном этапе. Ситуаций, требующих экстренного анестезиолого-реанимационного или срочного хирургического пособия, прошло не было.

Заключение. В связи с тем, что правительством России была принята федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» все министры силовых структур и их заместители активно включились в работу. Медицинская составляющая программы озвучена президентом России Путиным В.В. как необходимость как минимум вдвое уменьшить смертность на транспортных магистралях страны.

ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ОПУХОЛЕЙ БСДК В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КОКБ ЗА ПЕРИОД С 2005 ПО 2008 ГОДЫ

Шарапин М.Е., Ручкин В.И.

*Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Курган*

В последнее время злокачественные заболевания гепатопанкреатодуodenальной зоны, в частности опухоли большого duodenального сосочка, имеют склонность к постоянному росту. Рак БСДПК занимает второе место среди опухолей этой области. Частота встречаемости относительно всех злокачественных образований 0,5-1,6%; относительно опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - 3,0%.

В настоящее время в мире существует множество вариантов оперативных вмешательств по поводу данной патологии (палиативные вмешательства – создание билиодigestивных анастомозов, транспеченочное дренирование желчных протоков, холецисто- и холангистомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и эндопротезирование желчных протоков; радикальные и условно радикальные вмешательства – панкреатодуodenальная резекция, расширенная папиллэктомия и обычная папиллэктомия). Перспективным методом является фотодинамическая терапия. На сегодняшний день операциями выбора являются панкреатодуodenальная резекция и папиллэктомия (обычная и расширенная).

За последние три года в отделении хирургии было прооперировано 7 человек с данной патологией. Были проведены различные оперативные вмешательства: от наложения обходных анастомозов и расширенных папиллэктомий до панкреатодуodenальной резекции. Средний возраст пациентов составлял 55 лет. По морфологической структуре и характеру течения процесса, а также по вовлеченности лимфатических узлов опухоли имели свои особенности.

Заключительный морфологический диагноз	Характер оперативного лечения
Умеренно дифференцированная аденокарцинома	Расширенная папиллэктомия
Тубуловорсинчатая аденома с очаговой пролиферацией желчистого эпителия	Расширенная папиллэктомия
Тубулярная аденома с дисплазией покровного эпителия тяжелой степени и изъязвлением	Папиллэктомия
Ворсинчатая опухоль с дисплазией	Расширенная папиллэктомия с резекцией холедоха. Реимплантация Вирсунгова протока в 12-перстную кишку, гепатико-коноанастомоз на отключенной по Ру петле
Низкодифференцированная аденокарцинома	Холецистоэнтеростомия
Умеренно дифференцированная аденокарцинома	Холецистоэнтеростомия
Умеренно дифференцированная аденокарцинома прорастающая все стенки с вовлечением холедоха	Панкреатодуodenальная резекция

На основании наших данных можно выделить 2 основные группы:

1. Аденомы – 3.
2. Аденокарциномы – 4.

Выполнялись следующие оперативные вмешательства:

1. Панкреатодуodenальная резекция – 1;
2. Папиллэктомия – 1;
3. Расширенная папиллэктомия – 3;
4. Наложение холецистоэнтероанастомоза – 2.

У двух пациентов в послеоперационном периоде на вторые сутки возникло желудочно-кишечное кровотечение. Летальных исходов не было. По нашим данным удовлетворительные результаты у тех пациентов, у которых обнаружен относительно доброкачественный рост опухоли, а также злокачественная опухоль, имеющая экзофитный рост и небольшие размеры, без глубоких изъязвлений, не прорастающая в мышечный слой ДПК и соседние органы и не имеющая метастазов в лимфатические узлы. К этой группе относятся 3 пациента с аденомами. У них наблюдалось клиническое выздоровление, в дальнейшем без рецидивов.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Колпаков А.А., Ручкин В.И., Колпакова Г.И.

*Государственное учреждение «Клинический центр гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского, г. Курган
Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган*

В настоящее время новую актуальность приобрела проблема оперативного лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами. Интерес к проблеме обусловлен как ростом числа больных с данной патологией, так и неудовлетворенностью результатами лечения, что особенно важно для больных с обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. С целью улучшения результатов операции у больных с обширными и гигантскими вентральными грыжами нами предложено два способа герниопластики: способ ненатяжной герниопластики с использованием эксплантов из никелида титана и пролена, и комбинированный способ с использованием местных тканей эксплантов из никелида титана и пролена. Ненатяжную герниопластику мы применяли у больных с гигантскими грыжами, у больных с анестезиологическим риском ASA 3. Методика ненатяжной герниопластики включала закрытие дефекта апоневроза комбинированным эксплантом из никелида титана сетчатой формы с шириной ячеек 0,2 см и вплетенными в эксплантат нитями пролена. Второй эксплантат из никелида титана и размером ячеек 0,5 см подшивался к апоневрозу, на 5 см отступая от края дефекта.

Способ комбинированной герниопластики заклю-

чался в мобилизации заднего листка фасциального футляра прямых мышц. Рассекали передний листок фасциального футляра прямых мышц на длину 10-15 см по латеральному и медиальному краям фасциального футляра мышцы, внутренний листок фасции прямой мышцы становился мобильным, что позволяло ушить дефект апоневроза без натяжения. Комбинированный эксплантат из никелида титана и пролена подшивался к латеральным краям передних листков фасций прямых мышц, второй эксплантат подшивался к медиальным краям фасций прямых мышц. Данную методику применяли при грыжевых дефектах не более 10 см в диаметре.

Всего в 2006 - 2008 гг. по предложенным методикам прооперировано 103 пациента в возрасте от 40 до 80 лет, среди них работающие - 31 пациент, пенсионеры - 54, имеющие инвалидность II-III групп - 18 пациентов. У прооперированных пациентов размеры грыжевых дефектов брюшной стенки варьировали от 10 до 30 см, до 10 см - 40 пациентов, выше 10 см - 63 пациента. Первичные грыжи - 38 пациентов, рецидивные - 65 пациентов. Нагноение послеоперационной раны после операции развилось в двух случаях, оба случая после применения ненатяжной методики.

Таким образом, предложенные нами методы позволяют стандартизировать подходы к лечению больных с обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, исходя из принципа восстановления целостности брюшной стенки без натяжения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Суетин Г.Н.

Государственное учреждение «Клинический центр гастроэнтерологии» им.проф. Я.Д.Витебского, г. Курган
Государственное учреждение «Курганский областной центр медицины катастроф», г. Курган

Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости ущемленные грыжи составляют около 4 %. Ущемленные грыжи наблюдаются несколько чаще у мужчин, чем у женщин.

Среди ущемленных грыж преобладают паховые(50 - 60 %) и бедренные (20 - 30 %), реже встречаются пупочные (15 %) и грыжи белой линии живота (5 %).

Послеоперационная летальность возрастает с возрастом, варьируя от 3,8 до 11 %. При этом, несмотря на обилие методов пластики брюшной стенки, частота рецидивов грыж достигает 18 - 44%. Применение традиционной натяжной герниопластики по поводу рецидивных послеоперационных вентральных грыж приводит к повторному грыжеобразованию до 69 % случаев. С появлением в последние годы новых эндопротезов (в основном применяются сетчатые проленовые протезы), отвечающих современным требованиям, наметился явный прогресс. Однако рецидивы грыж и сегодня

достигают 5 %. Данные приведены по сборной статистике отечественных авторов.

С 2001 года в хирургическом отделении Курганской областной клинической больницы в лечении вентральных грыж стали применяться сетки - трансплантаты из никелида титана. Размеры и форма сеток варьирует в зависимости от нозологии грыжи и ее размеров. Через 3-4 месяца в области трансплантата формируется достаточно прочная соединительная ткань, арматурой которой является сетчатый трансплантат из никелида титана. Никелид титана оказался устойчивым к инфекции, что играет важную роль в экстренной хирургии.

Успешное применение данной методики в лечении вентральных грыж в плановой хирургии позволило использовать данную методику в условиях медицины катастроф для лечения ущемленных грыж. Суть операции заключалась в том, что после устранения грыжевого мешка и обнажения грыжевых ворот производилось их ушивание отдельными узловатыми швами (при операциях по поводу послеоперационных вентральных грыж формировалась дупликатура апоневроза). Затем проводилось укрепление линии швов сеточным трансплантом из никелида титана с калибром нити 90 - 120 мкм. Размеры сетки из никелида титана задавались таким образом, чтобы ее края находились на расстоянии 2 - 3 см от линии ушивания апоневроза. В отдаленном послеоперационном периоде вновь образованная соединительная ткань дополнительно укрепляет линию узловатых швов, что способствует предотвращению рецидива грыж. Всего оперировано трое больных с ущемленными грыжами: два пациента - по поводу послеоперационной вентральной грыжи, и один - по поводу паховой грыжи. Паховую грыжу оперировали ненатяжным способом. Размер грыжевых ворот в первых двух случаях составил 10x15 см. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. При контрольном исследовании от 0,5 до 1,5 лет рецидива грыж не найдено.

Таким образом, применение сетчатого трансплантата из никелида титана в хирургии ущемленных вентральных грыж в условиях медицины катастроф дало положительный результат и может способствовать уменьшению числа рецидивов вентральных грыж.

БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЦРБ

Поляков П.Д., Спицын В.Г.

Муниципальное учреждение «Шадринская центральная районная больница», Курганская область, г. Шадринск

Проблема рака простаты приобрела сегодня особую актуальность вследствие неуклонного роста заболеваемости и смертности, а также в связи с трудностями своевременной диагностики. Рак простаты (РПЖ) в настоящее время является одним из наиболее широко распространенных злокачественных новообразований у мужчин.

Мультифокальная трансректальная биопсия, выполняемая под ультразвуковым наведением или под пальцевым контролем, является одним из наиболее надежных способов диагностики рака простаты. Методика трансректальной биопсии предстательной железы заключается в том, что при помощи специальной высокоскоростной автоматической или полуавтоматической иглы через прямую кишку берутся нитевидные кусочки ткани простаты, которые впоследствии отправляются на морфологическое исследование.

Основываясь на мировом опыте амбулаторных технологий, в Шадринской ЦРБ за 2006-2007 годы выполнена 51 трансректальная биопсия простаты в амбулаторных условиях. За этот же период в стационаре сделано 14 биопсий простаты.

Показаниями к биопсии простаты являлись: 1. Подозрение на РПЖ по результатам пальцевого ректального исследования простаты (ПРИ); 2. Повышенное содержание фракции общего простатспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови; 3. Изменения в предстательной железе, выявленные в ходе трансабдоминальной и трансректальной ультрасонографии (ТРУС), подозрительные на рак.

В зависимости от возраста пациента, уровня простатспецифического антигена и ряда других факторов во время биопсии мы брали от 2 до 12 кусочков ткани предстательной железы, чаще всего 6 кусочков. В большинстве случаев мы выполняли биопсию простаты без предварительного очищения кишечника, и хотя на фоне адекватной антибактериальной терапии не было отмечено достоверного роста числа инфекционных осложнений, мы все же рекомендуем пациентам проведение очистительной клизмы, поскольку каловые массы в прямой кишке часто механически препятствуют проведению манипуляции. Профилактическая антибактериальная терапия в большинстве случаев проводится перорально фторхинолонами (левофлоксацин, пefлоксацин, ципрофлоксацин) в течение 3-х суток после биопсии (первый прием до процедуры). Иногда пациенты получают антибиотики — цефалоспорины или аминогликозиды внутримышечно за 1 час до биопсии. В большинстве случаев трансректальная биопсия простаты выполняется без специальной анестезии. В целом частота встречаемости серьезных осложнений невелика и составляет, по данным зарубежных авторов, около 1%. У нас не было зарегистрировано ни одного случая серьёзного осложнения.

Диагноз рака простаты был подтвержден нами у 46-ти пациентов, что составляет 90% от количества биопсий, эти данные расходятся с мировым опытом, где рак простаты диагностируется в 30% - 50% случаев. Общеизвестно, что количество случаев выявления рака простаты статистически значимо увеличивается с возрастом. Основное число пациентов, у которых мы проводили биопсию, составили лица старше 65 лет с ПСА >16. И этим обусловлен больший процент диагностики рака простаты по сравнению с мировым.

Повторная биопсия простаты была выполнена у 3-х пациентов, у 2-х из них рак простаты подтвердился.

Совместная работа с патоморфологами позволила

не только определять степень дифференцировки опухоли, но и производить прогностическую оценку опухоли по сумме баллов шкалы Глисона.

По гистологическому строению в подавляющем большинстве случаев у 49-ти пациентов выявлена аденокарцинома простаты, у 2-х пациентов - переходно-клеточный рак. В основном у 44-х пациентов сумма по Глисону составляла 7 - 9. Больные выявлялись в 3 - 4 стадии развития заболевания, что не позволяло провести радикальное оперативное лечение.

В свете развития стационарзамещающих технологий, в настоящее время основная нагрузка по верификации рака простаты ложится на амбулаторный прием уролога. Биопсия простаты в амбулаторных условиях позволяет разгрузить урологический стационар, уменьшает вероятность развития внутрибольничной инфекции, улучшает диагностику рака простаты и увеличивает её доступность для населения. Широкое распространение рака предстательной железы - важная социальная проблема современности. Трансректальная биопсия предстательной железы является завершающим этапом диагностики рака простаты, позволяющим своевременно начать адекватное лечение, избавив большое число относительно молодых и трудоспособных мужчин от злокачественной опухоли простаты путем радикальной операции. Радикальную простатэктомию нам хотелось бы освоить в ближайшем будущем.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ

Рязанов С.И., Робак А.Н.

*Государственное учреждение «Клинический центр гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского, г. Курган
Государственное учреждение «Курганская областная онкологический диспансер», г. Курган*

По данным зарубежных авторов, послеоперационные грыжи возникают после абдоминальных операций у 5-14% больных. По данным отечественных авторов, более 3-5% всех лапаротомий осложняются грыжами в ближайшие сроки после операции, а через три года этот процент увеличивается в два и более раз (К.Д. Тоскин, 1990, А.И. Мариев, 1998).

Наиболее частыми причинами возникновения грыж являются ожирение, тяжелые физические нагрузки в послеоперационном периоде, хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) и врожденная слабость соединительной ткани.

Наше сообщение основано на опыте хирургического лечения 61-го больного по поводу хронического холецистита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазии пищевода и пилоростеноза язвенной этиологии в хирургическом отделении Курганской областной клинической больницы за 2004-2005 годы. Все операции проводились посредством верхнесрединной лапаротомии и под общим наркозом. Средний возраст больных составил 54 года. Из них мужчин - 18 (29,5%),

женщин - 43 (70,5%). Соотношение 1:2,4. Развитие у этих больных послеоперационных грыж оценивалось в течение 1 года после операции.

При анализе историй болезни и последующем анкетировании больных выявлено, что у 49-ти имеются факторы риска возникновения послеоперационных грыж: бронхиальная астма (4,1%), хронический бронхит (14,4%), хронические запоры (4,1%), ожирение (77,5%). У четырех больных имеется сочетание 2-х факторов (ожирение II ст. и хронические запоры, ожирение IV ст. и хронический бронхит, бронхиальная астма и ожирение III ст., бронхиальная астма и ожирение I ст.). Послеоперационные вентральные грыжи были выявлены у 7-ми (11,5%) из анкетированных больных.

У 14,3% анкетируемых послеоперационные грыжи появились при наличии у них факторов риска. У 1-ой женщины с IV ст. ожирения грыжа появилась через 12 месяцев после операции. 2-я страдает хроническими

запорами, грыжа появилась через 1 месяц. 3-я страдает хроническим бронхитом, грыжа появилась через 8 месяцев. У 4-ой - ожирение I степени, грыжа появилась через 11 месяцев. 5-я страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести и ожирением I степени.

В мужской группе один мужчина имеет ожирение I степени, грыжа появилась через 7 месяцев. У 2-го не найдено патологии, явно влияющей на возникновение грыж, но в анамнезе - рецидивная паховая грыжа и операция по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В связи с этим можно предположить наличие у данного больного врожденной слабости соединительной ткани.

Таким образом, учитывая наши данные, необходима более точная оценка факторов риска развития послеоперационных грыж и разработка новых методик ушивания лапаротомной раны, предотвращающих развитие послеоперационных грыж.

V. ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕННОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ФАКТОРОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Швед С.И., Насыров М.З., Самусенко Д.В., Крылов В.А.
Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова»
Росмединтегнологий», г. Курган
Муниципальное учреждение «Городская больница № 36 “Травматологическая”», г. Екатеринбург

Переломы мышцелка плеча у детей встречаются в 55% среди всех переломов плечевой кости и представляют сложную проблему детской травматологии. Трудность репозиции и несовершенство традиционных методов лечения часто заканчиваются неудовлетворительными исходами (Баиров Г.А., 2000; Mohan N. et al., 2002).

За последние 6 лет нами проанализированы результаты лечения 87 больных в возрасте от 1,5 до 17 лет. Чрезмыщелковые переломы встретились у 55, надмыщелковые – у 5 пациентов, эпифизеолизы внутреннего надмыщелка – у 11, головчатого вывиха – у четырех. У 12 пострадавших в возрасте 13-16 лет имелись рентгенологические признаки осифицировавшихся эпифизарных ростковых зон.

До поступления у 30 пострадавших предпринималось безуспешное консервативное и оперативное (диафиксация) лечение. Шесть больных госпитализировано через 7-10 дней после травмы и неудачных неоднократных попыток закрытой ручной репозиции. Троє пациентов поступили через 5-7 недель после травмы с признаками несросшегося перелома, потребовавшего открытой репозиции и фиксации локтевого сустава в аппарате.

При лечении больных в РНЦ ВТО использовали чрескостный остеосинтез по Илизарову, в ГБ №36 г. Екатеринбурга – накостный (четверо больных). Все вмешательства при чрескостном остеосинтезе осуществляли по принципам ургентной хирургии, при накостном – у некоторых больных сроки удлинялись в связи с необходимостью санации кожных покровов. У 72 больных использовали аппарат облегченной компоновки. У больных подросткового возраста применили компоновку с проведением спиц на трех уровнях и фиксации их в кольцевых или полукольцевых опорах либо погружной остеосинтез двумя пластинами. Троє пациентов без или с небольшим смещением отломков пролечены консервативным способом.

Считаем, что при транспортировке и оказании помощи необходимо избегать лишней травматизации, решая вопрос об оперативном лечении в ранние сроки. У 34% поступивших больных предшествующее лечение усугубляло тяжесть повреждения

мягких тканей, что ухудшало прогноз и увеличивало объем последующих оперативных мероприятий. При выборе метода оперативного лечения следует отдавать предпочтение наименее травматичному, каковым считаем чрескостный остеосинтез. В отличие от накостного, сохраняя общие принципы остеосинтеза, он позволяет более гибко, в отличие от взрослых, менять тактику лечения у детей и подростков. Это относится к особенностям монтажа и меньшим срокам фиксации (в среднем от 15 до 34 дней, в зависимости от возраста пациента, группы и давности перелома). Применение накостного остеосинтеза у детей младше 12-13 лет, как об этом сообщают Пужицкий Л.Б. с соавт. (2006), считаем нецелесообразным.

Используя систему оценки исходов лечения переломов по Любобиц-Маттису, ближайшие и отдаленные результаты лечения оценили как «отличные» и «хорошие» у 91% обследованных детей, что позволяет рекомендовать внедрение метода чрескостного остеосинтеза в клиническую практику при наличии соответствующих условий и специалистов.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗАМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сазонова Н.В., Сизова Т.В., Кривоногова З.М.
Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова»
Росмединтегнологий», г. Курган

Методом глобальной электромиографии (ЭМГ) с использованием цифровой ЭМГ-системы «DISA-1500» фирмы DANTEC (Дания) обследован 231 больной 16-74 (43,7±0,8) лет (57 мужского и 175 женского пола) с двухсторонними остеоартрозами крупных суставов нижних конечностей до проведения курса консервативного лечения, сразу после его окончания и через три месяца после завершения лечения. Для тестирования функционального состояния мышц стопы, голени, бедра и ягодичных мышц использовали тест на максимальное произвольное напряжение.

Перед началом консервативного лечения средняя амплитуда ЭМГ мышц нижних конечностей была снижена билатерально на 40-70% по сравнению с уровнем нормы. 5,4% всех наблюдений составляла патологически изменённая ЭМГ. К ней относились паттерны редуцированной ЭМГ, биоэлектрическая активность с частотой колебаний ниже 50 в секунду

– сверхнизкочастотная ЭМГ, единичные потенциалы действия отдельных двигательных единиц и полное биоэлектрическое молчание. Для всех тестируемых мышц среднее значение коэффициента асимметрии (K_{As} %) превышало 20%-ный уровень и колебалось от 20% до 37%.

После окончания консервативного лечения ЭМГ мышц нижних конечностей претерпевала разнонаправленные изменения. В большинстве случаев они несущественны и не превышали 5-10% от исходного уровня. Более выраженное снижение ЭМГ имело место для короткого разгибателя пальцев стопы (16-17%; $P>0,05$), больших (31-33%; $P<0$) и средних (24-25%; $P<0,05$) ягодичных мышц. В то же время ЭМГ коротких сгибателей пальцев стопы увеличивалась по сравнению с исходным уровнем на 29-67% ($P<0,05$). Количество наблюдений патологически изменённой ЭМГ составляло 5,3%. Среди них не было случаев полного биоэлектрического молчания, а количество редуцированной ЭМГ значительно сократилось. Средние значения коэффициентов асимметрии тестируемых мышц остались выше 20%-ного уровня и колебались в пределах от 21% до 33%, что несколько ниже, чем в предоперационном периоде.

Через три месяца после окончания лечения сохранялся разнонаправленный характер изменений амплитуды ЭМГ относительно исходного уровня, что свидетельствовало о незавершённости процессов перестройки паттерна активационных способностей мышц нижних конечностей после проведённого курса консервативного лечения. Количество наблюдений патологически изменённой ЭМГ составляло 2,5%, что существенно ниже, чем в предыдущие сроки обследования. В основном это была сверхнизкочастотная ЭМГ. Для большинства мышц снизился уровень асимметрии ЭМГ, соответствующий показатель тестируемых мышц колеблется в диапазоне 20-32% за счёт уменьшения количества значений K_{As} , превышающих 50-60%, т.е. наблюдалась тенденция приближения асимметрии ЭМГ к верхней границе нормы.

Таким образом, консервативное лечение больных остеоартрозами крупных суставов нижних конечностей вызывает перестройку ЭМГ-паттернов максимального произвольного напряжения мышц нижних конечностей, сопровождающуюся уменьшением степени асимметрии уровней активности в парах мышц и уменьшением количества наблюдений патологически изменённой ЭМГ, что свидетельствует об улучшении функционального состояния их опорно-двигательной системы.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Буравцов П.П.

Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова
Росмедтехнологий», г. Курган

В работе представлены методы лечения больных с врожденным вывихом надколенника и критерии их выбора на основе данных обследования на компьютерном томографе.

Введение. Известно более 150 методов оперативного лечения больных с вывихом надколенника (С.В. Архипов, 1985). Несмотря на обилие методов, процент неудовлетворительных исходов, как в нашей стране, так и за рубежом, велик. Для диагностики вывиха надколенника наиболее широко применяют рентгенографию коленного сустава и компьютерную томографию. На КТ сканах изучают различные параметры для выбора способа лечения. Но точных критериев при КТ сканировании для планирования лечения нет (A. D. Delagado-Martinez [et al.], 2000).

Цель - показать эффективность выбора метода лечения вывиха надколенника с применением данных обследования на компьютерном томографе.

Материал и методы. С 2001 по 2006 г. наблюдали 41 пациента в возрасте от 6 до 40 лет с врожденным вывихом 46 надколенников различной степени тяжести (классификация М.В. Волкова, 1964). При выборе метода лечения основное значение придавали данным обследования, полученным на компьютерном томографе. Определяли угол раскрытия блока бедренной кости, угол латерализации собственной связки надколенника, а также величину ее латерального смещения, методика определения которого разработана в РНЦ «ВТО». При величине латерального смещения связки более 1 см производили реконструктивную операцию на разгибающем аппарате коленного сустава с перемещением собственной связки медиально. При вывихе с величиной латерального смещения связки до 1 см применяли миофасциопластический метод без перемещения связки надколенника, заключающийся в рассечении фиброзной капсулы и сухожильно-вязочного аппарата снаружи надколенника и укреплении этих структур с его медиальной стороны дублированием выкроенных из них лоскутов. После операции надколенник и коленный сустав фиксировали компоновкой аппарата Илизарова, который защищал собственную связку надколенника от нагрузки на растяжение во время разработки коленного сустава, которую начинали на 3-5 сутки.

Результаты. Величина угла раскрытия блока бедренной кости была от 170° до 150°, угол латерализации собственной связки надколенника - от 9° до 69°. Прямой зависимости величины латерального смещения связки от величины угла ее латерализации мы не выявили, но она была более 1 см при вывихе средней и тяжелой степени. Аппарат Илизарова демонтировали через 21-30 дней после операции. Перед снятием аппа-

рата сгибание в коленном суставе было до 140°-130°. При осмотре пациентов в сроки от 6 месяцев до 3 лет функция коленного сустава была в полном объеме, надколенник перемещался по средней линии. Угол латерализации собственной связки был в пределах от 0° до 6°.

Заключение. Мы считаем, что результаты лечения зависят не только от тяжести вывиха надколенника, но и от правильно выбранного метода операции. Основное значение для выбора метода лечения имеют данные обследования на компьютерном томографе. При величине латерального смещения связки более 1 см производили реконструктивную операцию на разгибательном аппарате коленного сустава с перемещением собственной связки медиально, а менее 1 см – миофасциопластическую операцию. Изложенный подход к планированию оперативного лечения вывиха надколенника позволил получить хорошие результаты лечения.

ТАКТИКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В РНЦ «ВТО»

Кочегаров Е.Л., Маклакова Е.А.

*Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова
Росмединтегнологий», г. Курган*

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) конечностей является довольно распространённым осложнением переломов длинных трубчатых костей и достаточно часто осложняет послеоперационное течение у ортопедических больных. Кроме того, ТГВ может приводить к одному из наиболее опасных для жизни больного осложнений тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии (ТЭЛА).

Целью данной работы явилось изучение результатов 3-летнего опыта применения современной антикоагулянтной терапии и методов хирургической профилактики ТЭЛА у больных в РНЦ «ВТО».

Профилактику ТЭЛА проводили у пациентов, относящихся ко 2-3 группе риска по классификации, предложенной Самама, при наличии у них одного и более факторов риска ТГВ. Данные специальной литературы и проведенное исследование позволяют нам рекомендовать следующую схему профилактики ТЭЛА и ТГВ. Нефракционированный гепарин (НФГ) вводился в дозировке 200МЕ/ кг/сут. за 2-3 приема под кожу живота. Лабораторный контроль предусматривает коагулограмму 2 раза в неделю с определением АЧТВ. Удовлетворительной считается терапия, если АЧТВ повышается в 1,5 раза от контроля. Низкомолекулярный гепарин (НМГ) Фраксипарин вводили в дозировке 0,3 мл (2850 анти Ха ЕД.) 1 раз в сутки при умеренном риске ТЭЛА и 2 раза в сутки при высоком риске. Контроль коагулограммы не обязательен. Длительность антитромботической профилактики от 3 до 10 дней (в среднем 6,5 дней). С 2007 года основным препа-

ратом, которым мы пользуемся для профилактики ТЭЛА, является Клексан (эноксапарин). Выбор основан на более радикальной и рациональной схеме профилактики. При этом Клексан вводится в дозировке 20мг 1 раз в сутки при умеренном риске ТЭЛА и 40 мг 1 раз в сутки - при высоком риске.

Особую группу составили пациенты с диагностированными тромбофлебитами. С 2005 по 2008 год в клинике Центра диагноз тромбофлебит различной локализации выставлялся в 64 случаях. В стандарте обследования больных с ТГВ кроме клинических данных производились инструментальные методы обследования: ультразвуковое дуплексное сканирование глубоких вен и контрастная илеокаваграфия.

Благодаря проведенным инструментальным исследованиям было выявлено 9 пациентов (14%) с эмбологенными тромбозами, с локализацией у 2 в полой вене и у 7 с локализацией в общей бедренной вене. Всем больным производилась профилактика ТЭЛА хирургическими методами. 2-м пациентам была выполнена операция тромбэктомия из общей бедренной вены. При тромбозах в бедренно-подколенном сегменте была произведена чрезкожная эндоваскулярная имплантация кава-фильтра, за 2007 год поставлено 6 кава-фильтров. У больных с выявленным ТГВ схема антикоагулянтной терапии включала в себя прямые антикоагулянты в лечебной дозе и не-прямые антикоагулянты (варфарин). НФГ вводили в дозировке 400МЕ/кг/сут. за 3 приема под кожу живота. Удовлетворительной считается терапия, если АЧТВ повышается в 1,5-2 раза от контроля. Фраксипарин вводился в дозировке 85 анти Ха ЕД/1кг 2 раза в сутки. Дозировка у Клексана 1мг/кг 2 раза в сутки. Прямые антикоагулянты применялись от 7-ми до 25-ти дней, в среднем 16 дней. Тромбоцитопения у больных, получавших гепарин, не развилась ни в одном случае. Варфарин назначали, в основном, с 3-5 дня на фоне гепаринов. Контроль антикоагулянтной терапии осуществляли с помощью исследования международного нормализованного отношения (МНО). Достижение лечебного эффекта оральными антикоагулянтами проявлялось при МНО на уровне 2,0 - 3,0 ед. Необходимые показатели МНО на фоне приёма антикоагулянтов были достигнуты через 4 - 7 дней. Клинический эффект лечения (купирование болей, уменьшение отёка) был достигнут у большинства больных.

При анализе динамики диагностики и смертности от ТЭЛА в РНЦ за последние 3 года видно, что в 2005 г. было прооперировано 4415 больных, из них профилактировались от ТЭЛА 624, диагностировано 6 случаев ТЭЛА, умерло 4 больных. В 2007 г. прооперировано 5297 больных, из них профилактировались от ТЭЛА 2812, диагностировано 4 случаев ТЭЛА, умерло 2 больных.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно отметить, что при увеличении количества прооперированных больных (за счет больных с 2-3 уровнем риска по ТЭЛА) удалось снизить уровень осложнений и смертности от ТЭЛА за счет рутинной профилактики.

Кроме того, следует отметить высокую эффективность отработанной схемы антикоагулянтной терапии, включающей применение НМГ с последующим переходом на оральные антикоагулянты последнего поколения (варфарин) в сочетании с хирургическими методами профилактики ТЭЛА.

ХОЛТЕРОВСКИЙ МОНИТОРИНГ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЕЙ I-II СТАДИИ

*Ерохин А.Н., Самохвалова О.Е., Смирнова Т.Л.
Федеральное государственное учреждение «Российский
научный центр “Восстановительная травматология и
ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова
Росмединтеграл», г. Курган
Федеральное государственное учреждение
здравоохранения «Медико-санитарная часть
Управления внутренних дел Курганской области»,
г. Курган*

В настоящее время Холтеровское мониторирование широко используется для оценки работы сердца, выявления изменений и нарушений в функционировании сердечно-сосудистой системы. Важным аспектом диагностических возможностей данного метода является оценка функционального состояния вегетативной нервной системы.

Целью настоящего исследования явилось изучение функционального состояния вегетативной нервной системы у больных с гипертонией I-II стадии. Обследованы 10 больных мужского пола с гипертонической болезнью, средний возраст которых составил $44,3 \pm 1,3$ года. Посредством носимого монитора ЭКГ и кардиорегистратора КР-01 (фирма «МЕДИКОМ», г. Москва) всем больным проводили Холтеровский мониторинг в течение 24 часов. Для анализа выбрали 11 показателей: среднюю частоту пульса за весь период, среднюю частоту пульса за активный период, среднюю частоту пульса за пассивный период, SDNN - стандартное отклонение длительности нормальных R-R в 24-часовой записи ЭКГ, SDANN – показатель стабильности вариабельности ритма сердца, RMSSD – квадратный корень из суммы квадратов разностей последовательных пар интервалов R-R, а также спектральные составляющие ритма сердца: VLF – очень низкочастотную, LF – низкочастотную, HF – высокочастотную. Соотношение процентных вкладов в характер симпатико-парасимпатического взаимодействия определяли по индексу LF/HF. Вычисляли среднюю, ошибку средней, полученные значения вариабельности сердечного ритма сравнивали в процентном отношении к нормальным в соответствующей возрастной группе по Бойцову С.А. и соавт., 2002. Выявлено, что показатель частоты пульса варьирует от $63,5 \pm 2,2$ уд/мин в пассивный период до $75,5 \pm 2,9$ уд/мин в активный период, составляя $71,6 \pm 2,5$ уд/мин за весь период мониторинга. Показатель SDNN снизился до $60,7 \pm 5,6$ мс, что составило 39,9% от возрастной нормы, SDANN – до $134,0 \pm 10,5$ мс (7,3% от нормы), RMSSD – проявил тенденцию к увеличению – $35,7 \pm 6,2$ мс (143%

от нормы). Однонаправленными изменениями характеризовались все спектральные составляющие ритма сердца: VLF увеличился до $2584,4 \pm 382,7$ мс² (176,6% от нормы), LF достиг величины $1548,4 \pm 451,6$ мс² (359,2% от нормы), а HF увеличился до $934,9 \pm 325,9$ мс² (730,4% от нормы). Индекс LF/HF не существенно отличался от нормы – $3,7 \pm 0,5$ (91% от нормы). Таким образом, Холтеровский мониторинг выявил у больных гипертонии I-II стадии резкое перенапряжение регуляторных механизмов, обеспечивающих функциональные взаимоотношения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. В целом функциональное состояние вегетативной нервной системы у данного контингента больных характеризуется как дезадаптивное, что требует комплексных мероприятий по его коррекции, включая медикаментозные и нелекарственные подходы.

ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНОГО КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА И ГОЛЕНИ ПО ИЛИЗАРОВУ

*Ларионова Т.А., Карасев А.Г., Смотрова Л.А.
Федеральное государственное учреждение «Российский
научный центр “Восстановительная травматология и
ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова
Росмединтеграл», г. Курган*

Множественные переломы длинных трубчатых костей отличаются тяжестью течения и большим сроком восстановления трудоспособности. Это говорит о большом социально-экономическом значении данной проблемы и способствует поиску новых, более совершенных методов лечения, направленных в первую очередь на сокращение сроков лечения этой категории больных.

Цель исследования: радионуклидными методами изучить особенности костеобразования, изменения минеральной плотности (МП) костей в поврежденном сегменте в процессе лечения множественных переломов костей.

Наблюдения проведены на 19 больных обоего пола с множественными переломами бедра и голени в возрасте 18–50 лет. Состояние кровообращения в конечности и активность костеобразования изучали на эмиссионном фотонном компьютерном томографе фирмы «Siemens» после внутривенного введения ^{99m}Tc -технефора. Измерения МП скелета проводили на костном денситометре фирмы «General Electric Medical Systems/Lunar».

При двойных переломах бедра в сосудистую фазу исследования на 9-й день фиксации величина циркулирующего радиофармпрепарата (РФП) у проксимального костного фрагмента составляла $187 \pm 12,2\%$ ($p < 0,01$), у дистального – $170 \pm 8,6\%$ ($p < 0,01$). Максимальные значения были на 30–42 дни фиксации. К 30-му дню после снятия аппарата количество циркулирующей активности постепенно приближалось к нормальным значениям $103 \pm 5,7$ ($p < 0,05$).

В остеофазе на 9-й день в проксимальном костном фрагменте накопление РФП составляло $250 \pm 12,3\%$ ($p < 0,05$), в дистальном – $163 \pm 6,3\%$ ($p < 0,01$). Интенсивность репартивного процесса непрерывно нарастала и достигала максимальных значений на 42-й день в проксимальном фрагменте $677 \pm 32,2\%$ ($p < 0,001$) и на 60-й день – в дистальном $635 \pm 22,8\%$ ($p < 0,01$).

При одновременном повреждении бедра и голени в сосудистую fazу на 9-й день фиксации циркуляция меченого технефора на бедре составляла $154 \pm 6,8\%$ ($p < 0,05$). Максимальная величина была на 42-60-й дни, а к 90-му дню величина РФП снижалась. Нормализация кровообращения быстрее происходила на бедре.

Накопление ^{99m}Tc -технефора в местах сращения фрагментов в процессе лечения переломов бедра и голени происходило слабее, чем при двойных переломах бедра.

Минеральная плотность в месте перелома при двойных переломах бедра через 1,5 месяца фиксации у конца проксимального костного фрагмента составляла $0,680 \pm 0,24 \text{ г/см}^2$ ($p < 0,01$), у дистального – $0,800 \pm 0,23 \text{ г/см}^2$ ($p < 0,001$). Затем происходило постепенное увеличение МП в местах перелома и к 3-му месяцу после снятия аппарата эти величины были равны соответственно $1,170 \pm 0,400$ – $1,180 \pm 0,280 \text{ г/см}^2$ ($p < 0,05$).

При переломах бедра и голени динамика минерализации регенерата была ниже, чем при двойных переломах.

Таким образом, радионуклидные методы исследования позволяют всесторонне охарактеризовать репартивное костеобразование и минерализацию регенерата при лечении множественных переломов бедра и голени.

БОЛЕЗНЬ ГОФФА КОЛЕННОГО СУСТАВА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Карасева Т.Ю., Карасев Е.А., Островских Л.А.
Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр “Восстановительная травматология и ортопедия” им. акад. Г.А. Илизарова
Росмединтегрология», г. Курган

Болезнь Гоффа (травматический липоартрит, синдром Гоффа - Кацтерта) была впервые описана как заболевание, характеризующееся воспалительной гиперплазией жировой ткани с прорастанием ее плотной фиброзной соединительной тканью, немецким ортопедом Hoffa A. в 1904 году и составляет 12% среди всех ортопедических случаев тяжелого нарушения функции нижних конечностей.

У лиц молодого возраста травматический липоартрит, как правило, является результатом травмы коленного сустава, а у пациентов в возрасте от 45 до 65 лет болезнь Гоффа чаще встречается у женщин.

Клинически больные предъявляют жалобы на боли и дискомфорт в переднем отделе коленного сустава,

хромоту и синовит. В некоторых случаях возможны псевдблокады коленного сустава, которые самопротивольно устраняются пациентами. При обследовании отмечается атрофия мышц бедра, ограничение движений в суставе, припухлость по обе стороны от собственной связки надколенника.

Наибольшую информационную ценность представляет боковая проекция коленного сустава, когда при «мягком» снимке заметна тень между суставной поверхностью надколенника, его собственной связкой и мыщелками бедренной кости. Магнитная резонансная томография (МРТ), по данным Thijn CJR (1982); Selesnick FH, Noble HB, Bachman DC (1985), является новейшей технологией в дополнении к УЗИ в оценке патологии мягкотканых структур коленного сустава и позволяет с достаточно высокой достоверностью установить диагноз.

Существующие консервативные методики лечения не всегда удовлетворяют как врача, так и пациента, поэтому артроскопическая резекция тела Гоффа является современным и перспективным методом лечения данной патологии (Ogilvie-Harris DJ and J. Giddens, 1994; И.В. Ерофеева, 2005).

Под нашим наблюдением с 1999 г. по 2008 г. находилось 76 больных, из них мужчин – 34, женщин – 42 пациента. При поступлении больные предъявляли жалобы на боли в области коленного сустава, на ограничение разгибания предъявляли жалобы 70% больных. Давность заболевания составила от 2 месяцев до 5 лет.

При поступлении всем пациентам было выполнено рентгенологическое исследование, и у 65 больных была отмечена тень на боковой проекции коленного сустава. Сонографическое исследование, которое было выполнено 60 больным, в 56,6% (34 пациента) случаев подтвердило гипертрофию тела Гоффа.

Артроскопически тело Гоффа было частично гиперемировано, гипертрофировано, при осмотре щупом отмечено его уплотнение с участками склероза. В 40 % случаев данная патология сочеталась с посттравматическим деформирующим артрозом коленного сустава, в 10 % - с шелф – синдромом, в 2% - с синовитом коленного сустава.

Послеоперационное комплексное консервативное лечение включало медикаментозную терапию (в том числе периартикулярные блокады коленного сустава), физиолечение, ЛФК.

Отдаленные результаты артроскопического лечения болезни Гоффа были прослежены у 73 (96%) больных: 93% пациентов жалоб не предъявляли и только 7% больных предъявляли жалобы, обусловленные сопутствующей патологией. Рецидивов заболевания не было отмечено.

Таким образом, артроскопия, наряду с другими современными методиками, является наиболее достоверным методом диагностики и лечения пациентов с болезнью Гоффа с достижением хороших и удовлетворительных результатов лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Меницкова Т.И., Мальцева Л.В.

**Федеральное государственное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова
Росмедтехнологии», г. Курган**

По мнению ряда авторов (Косинская Н.С., 1961; Корнилов Н.В., 1997; Минеев К.П.) дегенеративно-дистрофические поражения (ДДП) крупных суставов являются достаточно распространенными заболеваниями опорно-двигательной системы нашего времени. Недостаточная эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий является одной из причин снижения трудоспособности данной категории больных. Внедрение в клиническую ортопедию метода ультрасонографии (УСГ) позволило детально оценить структурное состояние крупных суставов, существенно расширило возможность выявления ранних признаков дегенеративно-дистрофического процесса. Целью данного исследования явилось определение УСГ-критериев диагностики начальных стадий ДДП тазобедренных и коленных суставов у пациентов различных возрастных групп.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на ультразвуковом аппарате “SONOLINE” SI-450 (SIEMENS, Германия) с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Сканирование тазобедренных суставов осуществляли по передней поверхности бедра, параллельно пупартовой связке, на 1 см ниже. УСГ исследование коленного сустава проводилось в положении больного лежа на спине или на животе. Обследовано 90 пациентов в возрасте от 3 до 65 лет.

Результат исследования. При УСГ исследовании тазобедренных суставов у детей, предъявлявших жалобы на боли в области нижней конечности и хромоту от дней до нескольких месяцев, визуализировалась головка сферической формы с ровным, однородным по эхоплотности субхондральным слоем. При проведении функциональных проб отмечалось увеличение звуко проводимости из-за мелких глыбчатых образований по латеральному краю. Размеры суставной щели на большом и здоровом суставах практически не отличались. Капсула сустава была умеренно утолщена, гипоэхогенной структуры. Фиброзная оболочка капсулы имела неровный, неоднородный контур. Имели место изменения подвздошно-поясничной и средне-ягодичной мышц. При исследовании тазобедренного сустава у взрослых пациентов визуализировался неоднородный по эхоплотности субхондральный слой головки бедра: уплотнение передне-латерального, наиболее нагружаемого участка головки и уменьшение эхоплотности по латеральному и медиальному краям, неравномерное снижение толщины гиалинового хряща, с эхопозитивными включениями. Отмечалось также увеличение

размеров синовиальной и разрыхление структуры фиброзной оболочки капсулы.

Для остеохондропатии бугристости большеберцовой кости на ранних стадиях развития патологического процесса также было характерно разрыхление контура апофиза с появлением глыбок и признаков инфрапателлярного бурсита. Критериями ранних проявлений артроза коленного сустава явились неравномерное снижение толщины и неоднородность внутреннего эха нагружаемой поверхности внутреннего мышцелка и скользящего слоя бедренной кости (в норме гиалиновый хрящ – эхонегативный); повышение эхоплотности субхондрального слоя нагружаемой поверхности мышцелков без изменения его контура и без костно-хрящевых разрастаний. Таким образом, полученные УСГ критерии ранних признаков ДДП могут быть использованы с целью проведения своевременной диагностики и эффективного лечения.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В РЕПАРАТИВНОМ КОСТЕОБРАЗОВАНИИ

Патраков В.В.

Государственное областное учреждение «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Травма с повреждением длинных трубчатых костей является мощным стресс-фактором, который вызывает изменения не только в гипоталамус-гипофиз-надпочечниковой системе, но и в других органах и тканях.

Наши наблюдения проведены на 160-ти больных после травм нижних конечностей и 138-ми больных, которым проводилась коррекция длины конечности.

В процессе лечения больных изучена реакция передней доли гипофиза, определение концентрации гормонов проводилось методом радиоиммунологического анализа.

Незамедлительный ответ эндокринной системы на травму или остеотомию (для последующей дистракции) наиболее ярко был выражен в ближайшие часы и приводил к увеличению концентрации адренокортикотропного гормона, стимулирующего продукцию гормонов надпочечников. Вследствие этого существенно увеличивалось содержание альдостерона и кортизола. Повышение концентрации альдостерона приводило к развитию асептической воспалительной реакции, которая усиливала выведение калия из организма, что сопровождалось увеличением гидрофильности тканей и повышением тонуса мышц. Проявлением этого эффекта являлась отечность стопы и голени. У некоторых больных в течение нескольких дней была субфебрильная температура. Кортизол также угнетал синтез клеточных ферментов, биосинтез белка в печени, ускорял аминотрансферазные реакции и распад аминокислот. Усиливались процессы глюконеогенеза в печени, снижалась утилизация углеводов в других тканях.

Обычно о начале костеобразования мы судили по отношению концентрации циклического аденоzinмо-

нофосфата (цАМФ) к гуанозинмонофосфату (цГМФ). В первые дни после травмы или остеотомии существенно возрастала концентрация цАМФ, что отражало напряжение адренергических механизмов и являлось одной из первых ответных реакций организма.

Можно предположить, что в период образования регенерата факторы микроокружения стволовых кроветворных клеток костного мозга реализуют свое действие через индукцию синтеза цГМФ, который, в свою очередь, изменяет межклеточные контакты в дифференцирующихся тканях остеогенного аппарата.

После операции на клетки воздействовал целый ряд гормонов. Значительное увеличение паратирина в начальном периоде после операции, кальцитонина и цГМФ на более поздних этапах приводило к активации мезенхимальных клеток, усилиению пролиферации клеток костного мозга и резорбции костной ткани.

Секреция кальцитонина регулируется содержанием кальция в крови: увеличение его усиливает, а уменьшение – подавляет секрецию кальцитонина. Повышенная концентрация кальцитонина создавала условия для начала интенсивного формирования органической основы регенерата. Кальцитонин тормозил также активность остеокластов, рассасывающих кость. Поэтому ослаблялась деминерализация костных фрагментов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Основной причиной деминерализации костей и слабой оссификации является недостаток половых гормонов. Их эффект яснее выявляется у женщин, так как у них на 30 % меньше масса скелета, они меньше употребляют кальция. У них больше, чем у мужчин, концентрация паратирина и меньше кальцитонина. Половые гормоны защищают кость от воздействия паратирина и усиливают образование кальцитонина.

При уравнивании длины конечности, укороченной вследствие полимиелита голени, снижение концентрации эстрadiола было заметно в наибольшей мере, удерживалось с 45 дня дистракции и до 90 – фиксации.

У мужчин уровень тестостерона был снижен в течение меньшего времени: с 60 дня дистракции и до 30 дня фиксации. Эффективность снижения его менее заметна, чем от убыли эстрогенов.

Устранение дефицита гормонов изменяло метabolизм в костной ткани за счет снижения резорбции. Половые гормоны стимулировали включение витамина D₃ в остеобласти (остеоиды имеют рецепторы витамин D₃).

Определение концентрации циклических нуклеидов, их соотношения может лежать в основе диагностических и прогностических критериев степени тяжести состояния после операции, выраженности компенсаторных реакций и эффективности лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИБОРА «ПЛАНТОСКОП» ДЛЯ ВИЗУАЛЬНОЙ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ КОРРЕКЦИЕЙ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ПЛОСКОСТОПИЯ

Куликова Э.И.

Государственное учреждение «Курганский областной врачебно-физкультурный диспансер», г. Курган

Стандартная, так называемая нормальная форма стопы практически начинает уступать место измененным формам. По данным антропологов, в процессе эволюции наиболее радикальные изменения претерпели стопа и таз человека. По некоторым статистическим данным плоскостопие отмечается у 7-8% 6-7- летних детей и более чем у половины взрослых людей.

По статистическим данным государственного учреждения «Курганский областной врачебно-физкультурный диспансер», в 2006 году выявлено пациентов с плоскостопием 24 % от осмотренных, в 2007 году с использованием прибора «Плантоскоп» – 29,8%.

Последствия плоскостопия: заболевания позвоночника (усталость мышц спины, боли в позвоночнике, остеохондроз), заболевания таза, коленных суставов (деформирующий артроз коленных суставов, артрит, слабость связок), мозоли, бурситы, искривления пальцев. Также плоскостопие - причина асимметрии и деформации всего тела человека.

Нами разработана программа реабилитации плоскостопия.

Использование прибора «Плантоскоп» при профосмотрах помогает выявлению ранних признаков изменений стоп, дает возможность более конкретного динамического контроля при проведении программы реабилитации патологии стоп.

VI. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

АНАЛИЗ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И БАЗ ДАННЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Коновалова О.С., Яркова Е.Э.

*Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава,
г. Курган*

*Институт цитологии и генетики СО РАН,
г. Новосибирск*

Цель исследования. С помощью информационных технологий провести анализ научной литературы и баз данных в поиске генов-кандидатов для миопии и открытоугольной глаукомы (ОУГ).

Материалы и методы. Проведение поиска генов-кандидатов при помощи интернет – ресурса PubMed, OMIM, SNPs3D и анализа взаимосвязей заболевания / ген – кандидат.

Результаты исследования. В результате анализа выделено 25 генов - кандидатов с разной степенью ассоциации с миопией и 68 генов - кандидатов, ассоциированных с глаукомой. По каждому из найденных генов проведён поиск информации в базе данных PubMed, OMIM, SNPs3D. В результате поиска созданы

выборки рефератов статей по миопии и ОУГ. Поиск информации по каждому гену, проведенный в базе данных OMIM, был направлен на наследуемые генетические нарушения. База данных содержит текстовую информацию, которая обновляется ежедневно. Поиск в этой базе был сделан для каждого из генов, выявленных на предыдущем этапе работы при использовании ресурса SNPs3D. Дальнейший анализ проводили с использованием системы ASSOCIATIVE NETWORK DISCOVERY (ANDCell), разработанной в Институте цитологии и генетики СО РАН, позволяющей реконструировать молекулярно-генетические сети по запросу к базе данных. База данных содержит знания об ассоциациях между белками, генами, метаболитами, миРНК и заболеваниями, полученными методом автоматического анализа текстов рефератов базы данных PubMed, на основе информации из баз данных по взаимодействию этих объектов. В специализированной базе данных концентрируются полученные знания об ассоциативных связях между объектами. Запрос к базе может быть представлен в виде графической схемы. Визуализатор системы ANDCell позволяет извлекать информацию о свойствах объектов сети, редактировать сеть, удаляя и добавляя объекты и связи.

Внутри сети, связывающей миопию и ОУГ, нами был найден возможный путь ассоциации между этими двумя заболеваниями.

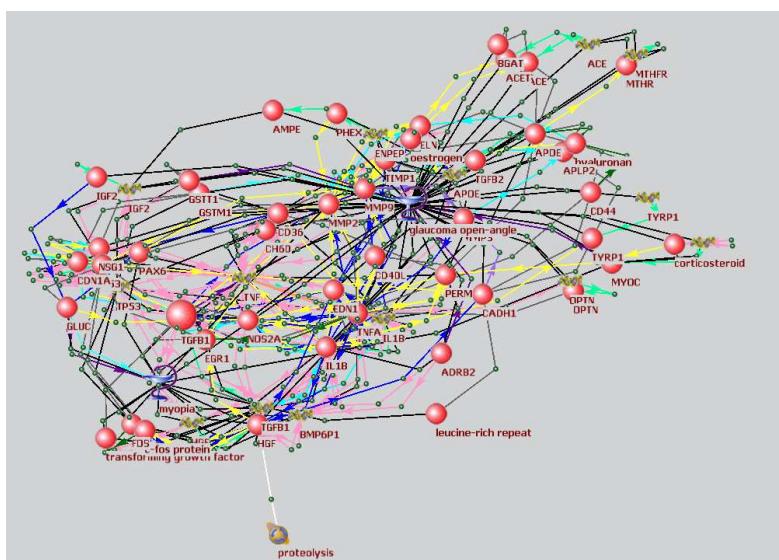


Рис.1. Сеть взаимосвязей белков и генов связывающая между собой митопию и ОУГ

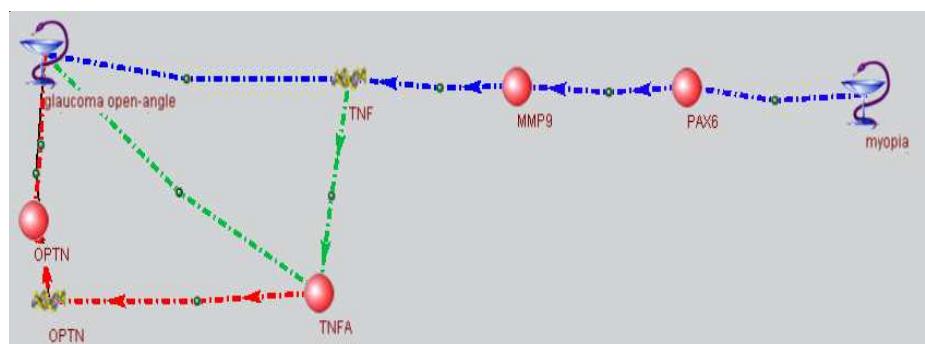


Рис.2. Путь ассоциации между миопией и ОУГ

Выводы. Экспертный и автоматизированный анализ научной литературы и баз данных в поиске генов-кандидатов для миопии и ОУГ позволил нам выстроить ассоциативную связь между белками и генами, участвующими в патогенезе данных заболеваний.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДИКЛОФЕНАК 0,1%

Пономарева М.Н.

Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган

Актуальность. Поиск и разработка новых эффективных препаратов для лечения воспалительных заболеваний глаз различной этиологии является острой и чрезвычайной актуальной проблемой современной офтальмологии. Важность проблемы сопряжена со значительным увеличением операционной травмы по поводу глаукомы, катаракты, кераторефракционных вмешательств, травматических и рецидивирующих эрозий роговицы, воспалительных заболеваний глаз. Активное применение НПВС в офтальмологии и офтальмохирургии обусловлено рядом несомненных преимуществ препаратов, относящихся к этой группе: выраженное противовоспалительное и десенсибилизирующее действие, пролонгирование мидриаза, анальгезирующий эффект, отсутствие влияния на уровень внутриглазного давления (ВГД). Впервые в арсенале офтальмологов появился отечественный препарат глазные капли Диклофенак 0,1% 5 мл, выпускаемый ОАО «Синтез», г. Курган.

Цель - изучение клинической эффективности нестероидного противовоспалительного препарата диклофенак 0,1% при лечении воспалительных заболеваний глаз различной этиологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет, проходивших лечение в государственном учреждении «Курганский областной госпиталь ветеранов войн». Все пациенты были разделены на 2 группы: основную - 36 пациентов (43 глаза) и контрольную - 11 пациентов (11 глаз). Основная группа состояла из 18-ти женщин и 18-ти мужчин в возрасте от 18 до 68 лет. Контрольная группа состояла из 6-ти женщин и 5-ти мужчин в возрасте от 18 до 68 лет. У всех пациентов в анамнезе отсутствовала аллергическая реакция на прием НПВП. Пациентам основной группы назначался раствор диклофенака 0,1% в виде инстилляций 3 раза в день, длительность лечения составляла от одной недели до одного месяца, в зависимости от динамики патологического процесса. Пациентам контрольной группы раствор диклофенака 0,1% не назначался. Лечение проходило на фоне стандартного курса лечения данных нозологий (табл. 1).

Результаты и обсуждение. При опросе пациентов, получавших раствор диклофенака 0,1%, было выявлено, что уже в первые сутки приема препарата умень-

шились болевые ощущения в глазах, чувство «песка», покраснение глаз, уменьшение отека конъюнктивы. У пациентов с патологией конъюнктивы и век (эпиклерит, конъюнктивит с выраженным хемозом 1–2 степени, аллергический кератоконъюнктивит в стадии обострения, ангуллярный ячмень) отмечалось уменьшение отека век и конъюнктивы в основной группе на $1,0 \pm 0,5$ суток раньше группы контроля, сроки лечения и купирования воспалительного процесса на $3,0 \pm 0,5$ суток быстрее. При травматическом кератите раствор диклофенака 0,1%, оказывая обезболивающее и противовоспалительное действие, не вызывает задержки рубцевания роговицы, пациенты отмечают уменьшение явлений роговичного синдрома во всех случаях наблюдения основной группы на $2,0 \pm 0,5$ суток раньше группы контроля, сроки выздоровления на 3,5 суток раньше. При послеоперационномuveите с офтальмогипертензией с назначением раствора диклофенака 0,1% удалось нормализовать внутриглазное давление (ВГД) в течение $7,0 \pm 1,0$ дней в основной группе, и $14 \pm 2,0$ дня в группе контроля. При послеоперационномuveите с гипотонией подъем ВГД в основной группе на 3 мм рт.ст удалось достигнуть на 19 ± 3 дня, и не достигнут эффект в группе контроля.

Таблица 1
Виды офтальмологической патологии

Нозология	Основная группа n = 36		Группа контроля n = 11	
	Жен	муж	Жен	муж
Эпиклерит	4	2	1	-
Конъюнктивит с выраженным хемозом	4	3	1	1
Травматический кератит	3	6	1	2
Ангулярный ячмень	2	2	-	1
П/операционныйuveит с офтальмогипертензией	4	2	1	1
П/операционныйuveит с гипотонией	1	2	1	-
Аллергический кератоконъюнктивит	-	1	1	-
Всего	18	18	6	5

Выходы. Доказана эффективность и безопасность препарата диклофенака 0,1% в ходе проведенных клинических исследований. Глазные капли диклофенак 0,1% могут быть использованы для применения в офтальмологической практике в качестве: препарата местного противовоспалительного и анальгезирующего действия у больных при воспалительных заболеваниях век с выраженным болевым компонентом, при воспалительных заболеваниях роговицы, сопровождающихся повреждением эпителия, асептических иридоциклитах различного генеза.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И ИНДЕКС РЕАКТИВНОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА НА ФОНЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ

Пономарёва М.Н., Сазонов Н.Н., Кляшев С.М.,
Коновалова Н.А.

Государственное учреждение «Курганский областной
госпиталь ветеранов войн», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного
образовательного учреждения высшего
профессионального образования «Тюменская
государственная медицинская академия» Росздрава,
г. Курган

Актуальность. В связи с увеличением удельного веса среди населения России лиц пожилого и старческого возраста, возросло число больных с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями как основными причинами смертности населения (Асташина И.А., 2001, Белицкий В.Ю., 1998, Ворожцова И.Н., 2000). Значительно возросла частота сосудистой патологии зрительного нерва (ЗН), с исходом в атрофию.

Цель. Изучить взаимосвязь показателей центральной гемодинамики и индекса реактивности внутренней сонной артерии при сосудистой патологии зрительного нерва на фоне биологического старения.

Материалы и методы. Обследование проводилось в Государственном учреждении «Курганский областной госпиталь для ветеранов войн» у лиц геронтологического возраста с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП).

Было исследовано 208 больных (356 глаз). Больные с сосудистой патологией ЗН (СПЗН) - 110 (160 глаз, 61 муж, 49 жен), без сосудистой патологии ЗН - 98 (196 глаз, 69 муж, 29 жен). Из них с хронической сосудистой патологией ЗН (ХСПЗН) – 75 больных (120 глаз), с острой сосудистой патологией ЗН (ОСПЗН) - 19 больных (19 глаз), с сосудистой патологией ЗН с флеботромбозами (СПЗНсФТ) – 16 больных (21 глаз). Средний возраст больных с СПЗН составил $68,6 \pm 5,6$ лет. Средний возраст больных без СПЗН составил $69,4 \pm 5,2$ лет. Всем пациентам проводилась одномерная эхокардиография (М-режим), двухмерная эхокардиография (В-режим) и допплерография в импульсном непрерывном режиме.

Адекватная оценка цереброваскулярных резервов магистральной и регионарной гемодинамики проводилась у всех больных с явлениями сосудистой патологии ЗН и без явлений сосудистой патологии при проведении нагрузочной пробы физической природы. Индекс реактивности рассчитывался по формуле:

$RY\text{ y.e.} = PSV\text{ см/с после нагрузки} / PSV\text{ см/с до нагрузки}$,

где RY- индекс реактивности, у.е.;

PSV –пиковая sistолическая скорость, см/с.

Исследовалась экстракраниальная часть внутренней сонной артерии ВСА (патент 2261659). Ультразву-

ковое дуплексное исследование проводилось аппаратом «Тошиба – 270», конвексным датчиком 2,5MHz и линейным датчиком 7,5MHz.

Результаты исследования. При проведении нагрузочной пробы у лиц при биологическом старении выделено 3 типа сосудистой реакции. Первый тип сосудистой реакции - относительная величина прироста пиковой скорости кровотока во ВСА выше 25% от исходного значения. Второй тип сосудистой реакции - относительная величина прироста пиковой скорости кровотока во ВСА от 1 до 20% от исходного значения. Третий тип сосудистой реакции – снижение относительной величины прироста пиковой скорости кровотока во ВСА.

При индивидуальном анализе результатов нагрузочной пробы в группе без сосудистой патологии зрительного нерва (БСПЗН) выделено 2 типа сосудистой реакции на физическую нагрузку: 1-й тип сосудистой реакции наблюдался в 43 случаях (44%), 2-й тип сосудистой реакции наблюдался в 55 случаях (64%). При анализе показателей эхокардиографии в группе без сосудистой патологии зрительного нерва при 2-м типе сосудистых реакций была отмечена прямая корреляционная связь между показателями RY ВСА и ударного индекса (УИ) $r=0,64 p<0,0003$; RY ВСА и sistолический индекс (СИ) $r=0,45 p<0,01$. При анализе показателей эхокардиографии в группе с ХСПЗН при 1-м типе сосудистых реакций была отмечена прямая корреляционная связь между показателями RY ВСА и УИ $r=0,71 p<0,003$; RY ВСА и СИ $r=0,71 p<0,01$; RY ВСА и минутный объем (М.О.) $r=0,83 p<0,0009$; RY ВСА и ударный объем (У.О.) $r=0,71 p<0,04$. При 2-м типе сосудистых реакций была отмечена прямая корреляционная связь между показателями RY ВСА и М.О. $r=0,95 p<0,00001$; RY ВСА и У.О. $r=0,94 p<0,00001$; RY ВСА и ФВ $r=0,82 p<0,00002$.

Таким образом, обращает на себя внимание наличие прямой корреляционной связи между показателями RY ВСА и показателями эхокардиографии отвечающими за насосную функцию сердца.

Выводы. В результате проведения нагрузочной пробы у лиц БСПЗН установлено, что данная пробы является стимулом, способным вызывать значительные изменения церебральной гемодинамики. Нами выявлено наличие прямой корреляционной связи между показателями RY ВСА и показателями эхокардиографии, характеризующими насосную функцию сердца, а следовательно, выявлены ранние скрытые нарушения кровообращения сосудистой системы глаз и оценена их тяжесть.

СТРУКТУРА И ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ СТАЦИОНАРНОЙ КРИМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Гусева Е.И., Кныш Н.О., Гусев И.Т., Пономарева М.Н.
Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Курган

Актуальность. В настоящее время является общизвестным факт роста криминального офтальмотравматизма в целом по РФ и в отдельных регионах. В Курганской области за 2007 год он составил 42% у взрослых и 28 % среди детей. При этом в 11% криминальная травма имела тяжелый характер повреждения и нуждалась в стационарном лечении.

Цель. Изучить причины, структуру и характер тяжелой криминальной офтальмотравмы, пролеченной в стационарных условиях.

Материалы и методы. Проведен анализ первичной медицинской документации на все случаи криминальной офтальмотравмы, пролеченной в отделении микрохирургии глаза №1 ГУ КОГБВ за 2006 – 2007 годы.

Результаты. Всего за 2 года было госпитализировано 37 пациентов с криминальной травмой, из них мужчины - 31(84%), женщины - 4(11%), дети - 2(5%). В дневное время получили травму 18 пострадавших, в ночное – 19. Причинами травмы явились: удар кулаком - 25, ногой – 2, хоккейной клюшкой - 1, граблями - 1, стеклом разбитых очков – 2, выстрел из газового пистолета - 2, другие - 4. В состоянии алкогольного опьянения травмировано 13 человек (35%). Структура криминальной травмы отражена в табл. 1, характер осложнений - в табл. 2.

Таблица 1
Структура криминальной стационарной травмы за 2006-2007 годы

№	Показатель	2006	2007	всего	
1	Стационарная травма	118	213	331	
2	Стационарная криминальная травма	17	20	37	
3	Контузии	Средней степени тяжести	5	2	7
	Тяжелые	3	3	6	
	СКРС	2	6	8	
	Расхождение п/о рубца	-	1	1	
4	Проникающее ранение	Склеры	3	2	5
		Роговицы	1	1	2
5	Ожоги	Химические	-	2	2
		Термические	-	1	1
6	Сочетанная травма		3	1	4

Визуальные исходы по окончании стационарного лечения были следующими: предметное зрение отсутствовало у 13(35%), острота зрения до 0,2 достигнута у 9(24%), 0,2 и выше у 15(41%)

Таблица 2
Осложнения тяжелой криминальной травмы

№	Осложнения	2006г.	2007г.	всего
1	Разрыв сосудистой оболочки	-	1	1
2	Макулопатия	-	2	2
3	Гифема	6	5	11
4	Гемофтальм	6	5	11
5	Сублюксация хрусталика	-	3	3
6	Мидриаз	-	2	2
7	Гематома век	-	3	3
8	Отслойка сетчатки	-	3	3
9	Катаракта	-	2	2
10	Грыжа стекловидного тела	-	1	1
11	Ушибленная рана век	3	1	4
12	Острый приступ глаукомы	1	-	1
13	Атрофия зрительного нерва	1	-	1
14	Итого	17	28	45

Выводы:

1. Криминальная офтальмотравма составляет 11% от всей стационарной травмы, в ее структуре преобладают контузионные повреждения (60%).
2. Отмечается тенденция к утяжелению криминальной травмы на 25%.
3. Основной причиной криминальных повреждений глаза является избиение (удар кулаком - 68%).
4. Алкогольное опьянение сопутствовало криминальной травме у 35% пострадавших.

ИЗМЕНЕНИЕ ПЛОТНОСТИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА ОТНОСИТЕЛЬНО ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕГО РАЗМЕРА ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Лац А.С., Пономарёва М.Н., Кныш Н.О.
Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган

Актуальность. Для повышения качества исследования и диагностики поражения глазного яблока широко применяются ультразвуковые методы в офтальмологии при травме (Степанянц А.Б., 2006), помутнении преломляющих сред, дистрофических изменений заднего отрезка (Чупров А.Д. с соавт., 2001), воспалительных и опухолевых заболеваний (Тарасова Л.Н. с соавт., 2003). В настоящее время, появились работы, изучающие ультразвуковые характеристики стекловидного тела (Махачева З.А., 1994, Киселёва Т.Н., Анджелова Д.В., Кравчук Е.А., 2007). Интерпретация полученных данных ультразвукового исследования различна. Мы не встречали работ, посвященных изучению не измененного стекловидного тела.

Целью нашего исследования явилось изучение акустической плотности не измененного стекловидного тела в зависимости от передне-заднего размера глазного яблока на основе анализа ультрасонограмм.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось на базе Курганского областного госпитала

для ветеранов войн у 35 пациентов (38 глаз). Возрастной диапазон от 21 до 75 лет, из них 19 женщин (66,5%), 16 мужчин (33,5%). Исследование включало серошкольное сканирование на ультразвуковом аппарате «Toshiba – 270» линейным датчиком 7,5 МГц. Оценивались следующие признаки акустической плотности стекловидного тела в области ретролентального пространства в 3 мм от задней капсулы хрусталика, при визуализации не измененной передней камеры, прямых мышц глазного яблока в положении отведения: максимальное значение плотности, выраженное в процентах, средняя величина (M), среднеквадратичное (SD).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели исследования плотности стекловидного тела

Величина ПЗР, мм	Группа по величине ПЗР, n (%)	Значение MAX, %	Средняя величина (M+m)	Среднеквадратичное (SD)
До 22 мм	7 (18%)	15±2,5	37,1±5,3	4,3±1,5
22,1 – 23,9 мм	19 (50%)	13,4±4,6	39,3±12,1	5,1±3,1
Больше 24 мм	12 (32%)	14±5,1	38,3±22,4	4,7±2,3

Как видно из представленной таблицы, максимальная плотность не измененного стекловидного тела более стабильные показатели имеет при уменьшении глазного яблока меньше 22 мм - от 14,0% до 18,0%. При нормальном размере глазного яблока (эмметропичном) максимальная плотность от 7,0% до 16,0%, при осевом увеличении глазного яблока (миопичном) максимальная плотность от 7,0% до 18,0%, что позволяет сделать вывод о наличии разной максимальной плотности стекловидного тела при увеличении глазного яблока выше 22 мм, как оводнения, так и уплотнения не измененной части, по ультразвуковой сонограмме стекловидного тела.

Выводы:

1. Максимальная плотность не измененного стекловидного тела более стабильные показатели имеет при уменьшении глазного яблока меньше 22 мм - от 14,0% до 18,0%.
2. При увеличении глазного яблока больше 22 мм имеет место как увеличение, так и уменьшение максимальной плотности стекловидного тела.
3. Данное пилотное исследование целесообразно продолжить с четкой градацией по возрасту и глазной нозологии.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Решетун Ю.М., Скляр Л.В., Ручкин В.И., Пономарева М.Н.
Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Курган*

Актуальность. Целью диспансеризации в рамках национального проекта является снижение инвалидности и смертности населения, сохранение здоровья работающего населения. Дополнительная диспансеризация направлена на раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, являющихся основными причинами смертности и инвалидности трудоспособного населения России, в том числе сахарного диабета, туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата. В то же время риск развития заболеваний, на выявление и предотвращение которых направлена дополнительная диспансеризация, в силу профессиональных особенностей остается достаточно высоким. По итогам дополнительной диспансеризации и дополнительных медицинских осмотров формируются группы здоровья: I группа – здоровые лица; II группа – здоровые лица, но имеющие факторы риска; III группа – пациенты, нуждающиеся в амбулаторном дообследовании и при показаниях – лечении; IV группа – пациенты, направляемые на стационарное дообследование и лечение; V группа – пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи.

Цель работы:

1. Офтальмологическое исследование групп работающего населения в районах Курганской области в рамках дополнительной диспансеризации.
2. Выделение группы населения, нуждающейся в лечении и направлении в областной офтальмологический центр и наблюдении окулиста по месту жительства.
3. Проведение сравнительного анализа по нозологиям населения Целинского, Лебяжьевского, Половинского районов Курганской области.

Материалы и методы. Диспансеризация работающего населения Курганской области проводилась в период с июня по август 2007 года. Офтальмологическое обследование включало опрос жалоб, сбор анамнеза, осмотр, визометрию, тонометрию, офтальмоскопию, периметрию, биомикроскопию. По результатам диспансеризации все пациенты были выделены в 4 диспансерные группы (табл. 1). На каждого прошедшего дополнительную диспансеризацию заполнялась «Карта участника дополнительной диспансеризации (дополнительного медицинского осмотра)», которая является основой для дальнейшего медицинского наблюдения.

Таблица 1
Структура глазной патологии

Нозология	Целинный район		Лебяжьевский район		Половинский район	
	Абсолют. число	%	Абсолют. число	%	Абсолют. число	%
ВСЕГО	182		95		61	
Миопия слабой степени	68	37,36 %	34	35,7%	21	34,4 %
Миопия средней степени	10	5,49%	11	11,57%	5	8,19 %
Миопия высокой степени	12	6,59%	8	8,42%	4	6,55 %
ЧАЗН	6	3,29%	2	2,10%	-	-
Глаукома, подозрение на глаукому	15	8,24%	7	7,36%	3	4,91 %
Косоглазие	2	1,09%	1	1,05%	-	-

Возрастной диапазон обследуемых – 40-60 лет.

Выходы:

1. Проведенный анализ показал, что уровень заболеваемости остается достаточно высоким в районах Курганской области. По данным нашего обследования, наибольшая частота глазной патологии преобладает в Целинном районе, что объясняется нехваткой кадров (существующая диспансеризация в амбулаторно-поликлинической сети не обладает надлежащим качеством в связи с отсутствием врача в течение 3-х лет, прием населения проводится фельдшером); поздней обращаемостью пациентов; удаленностью населенных пунктов от областного центра; малой информированностью населения.

2. По результатам проведенной дополнительной диспансеризации среди осмотренных граждан наиболее часто встречается нарушение рефракции, что связано, видимо, с особенностями профессиональной сферы. Немалая часть выявленной глазной патологии: глаукома, миопия высокой степени и атрофия зрительного нерва, может привести к инвалидности, поэтому требует систематического наблюдения и лечения.

3. Обследование населения в рамках дополнительной диспансеризации и профилактических осмотров позволяет диагностировать и заподозрить большую долю офтальмологической патологии, что способствует предотвращению временной и стойкой утраты трудоспособности.

РОЛЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

**Пономарёва М.Н., Эльмер Л.И., Кляшев С.М.,
Коновалова Н.А.**
Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Курган

Актуальность. Атеросклеротическое поражение сосудов весьма часто осложняется нарушением кро-

вообращения головного мозга, инфарктом либо патологией сосудов глазного яблока. Изучение состояния сосудистой стенки для офтальмологов так же актуально, как для кардиологов, неврологов и врачей других специальностей.

Цель работы. Изучить состояние сосудистой стенки каротидного бассейна и холестеринового обмена при сосудистой патологии зрительного нерва у лиц геронтологического возраста на фоне дисциркуляторной энцефалопатии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Государственном учреждении «Курганский областной госпиталь ветеранов войн» у лиц геронтологического возраста с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП). В работе обобщены результаты исследования 208 больных (356 глаз), из них больные с сосудистой патологией ЗН (СПЗН) - 110 (160 глаз, 61 муж., 49 жен.), без сосудистой патологии ЗН - 98 (196 глаз, 69 муж., 29 жен.). Хроническая сосудистая патология ЗН (ХСПЗН) – 75 больных (120 глаз), острые сосудистые патологии ЗН (ОСПЗН) - 19 больных (19 глаз), сосудистая патология ЗН с флегбомбозами (СПЗНсФТ) – 16 больных (21 глаз). Средний возраст у больных с СПЗН составил $68,6 \pm 5,6$ лет. Средний возраст у больных без СПЗН составил $69,4 \pm 5,2$ лет. Помимо офтальмологических методик, проводилось исследование липидного обмена, эхокардиография (Эхо-КГ). Исследовались общая сонная артерия (ОСА), место бифуркации ОСА, экстракраниальная часть внутренней сонной артерии (ВСА), наружная сонная артерия (НСА). Определялась ТИМ - толщина комплекса интима-медиа, наличие атеросклеротических бляшек (АТБ) как основных показателей атеросклеротического поражения стенок сосудов.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ полученных данных показал увеличение ТИМ и уплотнение сосудистой стенки в 100% случаев во всех исследуемых группах. В группе без сосудистой патологии ЗН - $1,15 \pm 0,05$, в группах с сосудистой патологией ЗН $1,2 \pm 0,05$ (при норме до 1 мм (Астанина И. А., 2001 год)). Проведенное дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов каротидного бассейна позволило выявить наличие атеросклеротических бляшек. Характерным признаком в наших исследованиях выявлено сочетанное поражение атеросклеротическими бляшками каротидных артерий. Наиболее часто встречающееся сочетание поражения стенок сосуда атеросклеротическими бляшками в исследуемых группах было ОСА и место бифуркации ОСА: в группе БСПЗН в 34%, в группе с ХСПЗН в 50%, в группе с ОСПЗН и СПЗНсФТ в 61%. Наличие атеросклеротических бляшек в экстракраниальной части ВСА и ОСА наблюдалось: в группе БСПЗН в 12%, в группе с ХСПЗН в 18%, в группе с ОСПЗН в 28%, в группе СПЗНсФТ в 26%. В 3 случаях (16%) при ОСПЗН наблюдается сочетанное поражение ОСА, бифуркации ВСА и экстракраниальной части ВСА. В 9 случаях (7,5%) при ХСПЗН встречается аналогичная патология. В группе БСПЗН сочетанное поражение 3 сосудов атеросклеротическими бляшками не встречалось.

При сопоставлении результатов дуплексного скани-

рования сосудов каротидной зоны установлены выраженные изменения стенок сосудов каротидного бассейна в геронтологическом возрасте на фоне дисциркуляторной энцефалопатии, подтверждающие важную роль в патогенезе сосудистой патологии зрительного нерва нарушений артериальной, центральной гемодинамики: артерий каротидного бассейна.

При изучении фенотипа гиперлипидемии (ГЛП) применялась классификация ВОЗ. У больных с СПЗН наиболее часто отмечен фенотип Ia, IIb в 41% (44 больных), IV – в 59% (66 больных). Из них у больных с ХСПЗН фенотип Ia, IIb – в 12% (9 больных), фенотип IV – в 88% (66 больных). У больных с ОСПЗН и ОСПЗНсФТ фенотип Ia, IIb отмечен в 100% (19 и 16 соответственно). В группе БСПЗН фенотип I типа наблюдался в 5% случаев (5 больных), IV – в 50% (49 больных), V – в 8% (8 больных), Ia, IIb – в 37% (36 больных).

Таким образом, у больных, имеющих ассоциацию двух заболеваний в виде сосудистой патологии зрительного нерва и ДЭП, наиболее часто отмечены фенотипы Ia, IIb, IV являющиеся наиболее атерогенными и требующие агрессивной гиполипидемической терапии.

Выводы.

1. Атеросклеротические поражения стенок сосудов каротидного бассейна у лиц геронтологического возраста на фоне ДЭП выявлены в 100% случаев.
2. При сосудистой патологии зрительного нерва чаще наблюдается сочетанное поражение 2-3 сосудов каротидного бассейна.
3. У больных с ХСПЗН преобладал фенотип IV, с ОСПЗН и ОСПЗНсФТ фенотип Ia, IIb, что требовало назначения активной гиполипидемической терапии.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ БИОЛОГИЧЕСКОМ СТАРЕНИИ

Пономарева М.Н., Васильева В.В., Коновалова Н.А., Кляшев С.М.
Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Курган

Актуальность. Наиболее распространенной в современном мире является цереброваскулярная патология. На долю кардиогенной патологии приходится 15-20%, 47-55% случаев обусловлено атеросклеротическим поражением сосудов мозга в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) (Davis P.H., Hachinski V. 1991г).

Термином «дисциркуляторная энцефалопатия» обозначается цереброваскулярная патология, развивающаяся при множественных очаговых или диффузных поражениях мозга (Волошин П.В., Мищенко Т.С., 2002, Бурцев Е.М., 1998).

Атеросклеротическая энцефалопатия возникает

вследствие ишемической гипоксии, развивающейся при недостаточности кровоснабжения мозга из-за нарушения проходимости артерий (Яхно Н.Н., Дамулин И.В., 1999, Волошина Н.П., 1997).

Целью данной работы явилось определение взаимосвязи степени ДЭП при сосудистой патологии зрительного нерва при биологическом старении.

Материалы и методы. Было исследовано 208 пациентов (356 глаз). Больные с сосудистой патологией ЗН (СПЗН) - 110 (160 глаз, 61 муж., 49 жен.), без сосудистой патологии ЗН - 98 (196 глаз, 69 муж., 29 жен.). Помимо офтальмологических методик, проводилось неврологическое исследование, которое включало в себя верификацию диагноза наличия дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) и степень ее выраженности. В нашей работе была использована классификация ДЭП Шмидта Е.В., Лунева Д.К., Верещагина Н. В., 1976 год. По данной классификации в течении ДЭП выделяют три стадии: первая стадия – умеренно выраженная энцефалопатия, вторая стадия – выраженная энцефалопатия, третья стадия – резко выраженная энцефалопатия. Критерием включения больных в исследование был возраст больных не моложе 60 лет.

Результаты и обсуждение. При обследовании группы больных с сосудистой патологией зрительного нерва выделены группы с хронической сосудистой патологией ЗН (ХСПЗН) – 75 пациентов (120 глаз), с острой сосудистой патологией ЗН (ОСПЗН) - 19 пациентов (19 глаз), с сосудистой патологией ЗН с флегботормозами (СПЗНсФТ) – 16 пациентов (21 глаз). Средний возраст у пациентов с СПЗН составил $68,6 \pm 5,6$ лет. Средний возраст у пациентов без СПЗН составил $69,4 \pm 5,2$ лет.

В группе пациентов без сосудистой патологии зрительного нерва диагностирована ДЭП I степени в 1 случае (1%), ДЭП II степени - в 84 случаях (87%), ДЭП III степени - в 11 случаях (12%).

В группе пациентов с сосудистой патологией зрительного нерва диагностирована ДЭП I степени в 2 случаях (2%), ДЭП II степени - в 90 случаях (83%), ДЭП III степени - в 16 случаях (15%).

Выводы. По материалам нашего исследования при биологическом старении в геронтологическом возрасте в 100% случаев отмечается хроническая форма сосудистой мозговой недостаточности, или дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ).

В наших исследованиях преобладает II стадия ДЭП как в группе с сосудистой патологией зрительного нерва, так и в группе без данной патологии.

В состоянии хронической ишемии головного мозга при биологическом старении возможны острые и хронические нарушения кровообращения сосудов зрительного нерва.

СЛУЧАЙ ОРБИТАЛЬНОГО ТОКСОКАРОЗА НА ФОНЕ ИММУНОДЕПРЕССИИ

Фомина Н.В., Скляр Л.В., Ручкин В.И., Пономарева М.Н.
Государственное учреждение «Курганский областной госпиталь ветеранов войн», г. Курган
Кафедра клинических дисциплин Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Курган

Актуальность. Токсокароз – глистная инвазия. Наиболее часто выявляется у детей или лиц молодого возраста. Средний возраст заболевших составляет 7,5 лет, в 80% случаев заболевание возникает в возрасте до 16 лет. Возбудитель - круглый червь, класс нематоды, отряд аскаридиды. Проделывает полный жизненный цикл только у собак. Человек заражается через инфицированную почву или непосредственно от больных щенков. Глазная форма чаще проявляется в форме увеита.

Больная Щ., 48 лет, обратилась на консультацию в поликлинику ГУ КОГВВ с жалобами на чувство выдавливания глазного яблока из орбиты. Двоение предметов при взгляде влево. Зрительный дискомфорт. Обследовалась в частной клинике г. Кургана, поставлен диагноз эндокринная офтальмопатия. Из анамнеза: пациентка страдает обструктивным бронхитом около 6 мес. Наблюдалась у терапевта, консультирована пульмонологом, фтизиатром. Получает базисную терапию: ингаляционные глюкокортикоиды, без эффекта. Имеет группу инвалидности по общему заболеванию.

Объективно. VIS OD 0.8, OS 0.7. Поля зрения в норме. ВГД 20/20 мм рт. ст.

Биомикроскопия: легкая конъюнктивальная инъекция, очаговые экваториальные помутнения хрусталиков в виде спиц, в стекловидном теле нитчатая деструкция, симметричная с обеих сторон. Легкий экзофтальм слева (26 мм). Движение глазных яблок: ОД в полном объеме, OS снижение амплитуды движений кнаружи и вниз. При обследовании больная направлена на УЗИ с подозрением на новообразование орбиты. По данным УЗИ орбиты ретробульбарно эхопозитивная тень окружной формы повышенной плотности 21,8*15,3 мм, с четкими границами, не связанная с оболочками глаза, при движении глазного яблока размер не меняет. При цветном дуплексном сканировании внутриполостных сосудистых образований не определяется. Заключение: ретробульбарная киста орбиты у наружного края. Рекомендовано УЗИ в динамике. Пациентка направлена на ИФА сыворотки крови на гельминты (эхинококк, токсокара, цистицерк). Общий анализ крови - гемоглобин 95 г/л, эозинофилия 5%, лимфоцитоз 35%. СОЭ 17 мм/час. По данным ИФА в клинике г. Кургана - результат отрицательный. У больной нарастили явления бронхоспазма, анемия и общая интоксикация организма в течение 2 недель, пока она проходила обследование. Щ. консультирована в НИИ им. Гельмгольца, где после обследования установлен диагноз токсокароз, рак легкого. Учитывая сопутствующую патологию, рекомендовано лечение в онкодиспансере г. Кургана.

Выводы: Нарушение иммунного статуса при онкологии у пациентки затрудняет лабораторную диагностику (ИФА).

От врачей амбулаторной службы требуется повышенное внимание и необходимость комплексного обследования пациентов для постановки точного диагноза и выбора адекватной тактики лечения.

VII. ФИЗИОЛОГИЯ. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Смелышева Л.Н., Кузнецов А.П.

Курганский государственный университет, г. Курган

Общепризнанными маркерами наличия стрессовой реакции в организме являются гормоны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (Селье Г., 1961; Судаков К.В., 1981, 2005; Sved A.F. et al., 2002). Эмоциональный стресс оказывает влияние как на гормоны гипоталамо-гипофизарной оси, так и других желез, участвующих в реализации стресс-реакции и регуляции секреторной активности желудка и поджелудочной железы.

У испытуемых добровольцев ($n=17$) исследована гормональная регуляция желудочной и поджелудочной секреции при действии экзаменационного стресса в зависимости от типологии автономной нервной системы.

При действии эмоционального стресса достоверно повышалось содержание в сыворотке крови гастрин до $127,4 \pm 12,4\%$, глюкагона до $270,8 \pm 30,0\%$, кортизола до $118,6 \pm 13,2\%$, альдостерона до $144,9 \pm 17,2\%$ и цАМФ до $160,2 \pm 18,1\%$. Различные авторы неоднозначно оценивают участие этих гормонов в регуляции функций пищеварительных желез (Коротко Г.Ф., 2002; Овсянников В.И., 2003; Vao Xuebiao, Forte John G., 2003). Нами исследовалось влияние «эндокринного ансамбля» нескольких гормонов, когда действие одного может модифицировать действие другого. Выявлена обратная зависимость между концентрацией соляной кислоты в межпищеварительный период и уровнем гастрина ($r = -0,41$, $p < 0,05$), между гастрином и дебитом амилазы и липазы ($r = -0,61$ и $r = -0,48$, $p < 0,05$). Обнаружена обратная зависимость между валовым выделением соляной кислоты и кальцитонином ($r = -0,49$, $p < 0,05$) и прямая между инсулином и панкреатической амилазой ($r = 0,53$, $p < 0,05$).

Установлены некоторые типологические отличия, обусловленные вегетативным балансом симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы. В условиях эмоциональной стабильности колебания гормонов представлены в рамках нормы реакции, а межгрупповые различия отмечались в содержании гастрин (р < 0,05), АКТГ (р < 0,05), инсулина (р < 0,05) и характеризовали гуморально-гормональный статус представленных групп, в отношении альдостерона и кортизола сохранялась тенденция различий. Уровень желудочной секреции в межпищеварительный период в группах с крайними значениями вегетативного баланса различен, что сочеталось с модуляцией гас-

трина. Уровень инсулина коррелировал с показателями поджелудочной секреции. У лиц с преобладанием вагального компонента регуляции наиболее лабильным был показатель α -амилазы, максимальный в условиях эмоциональной стабильности, соответствующий высокому уровню инсулина.

При действии эмоционального стресса отмечались различные изменения в содержании гормонов в сыворотке крови, так повышение гастрин характерно для нормотоников и симпатотоников, в этих группах кислотовыделительная функция при стрессе тормозилась менее значительно. Модуляция гастрин была выражена в большей степени в группе ваготоников, концентрация этого гормона снижалась параллельно со снижением в секрете уровня α -амилазы и повышением коэффициента липазы/амилазы. Максимальные сдвиги при стрессе были отмечены в уровне цАМФ. Коэффициент цАМФ/шГМФ, отражающий напряжение регуляторных систем, был представлен в ряду $B > H > C$, в то время как в норме - $B < H < C$. Для первого варианта данного коэффициента был характерен значительный компенсаторный подъем кортизола у ваготоников при стрессе ($p < 0,05$). Кортизол усиливает катаболические процессы, обеспечивая развитие резистентности организма и расширяя границы адаптационных возможностей. Кроме того, соотношение процентных величин кортизола и инсулина позволяет наиболее четко охарактеризовать их роль в условиях стресса. Увеличение коэффициента кортизол/инсулин было отмечено в группах у лиц с крайними значениями вегетативного баланса, однако в группе ваготоников он возрастал на более высоком уровне: ваготоники – 1,42, нормотоники – 1,01, симпатотоники – 1,13. Этот показатель является наиболее объективным критерием активности развивающихся в организме компенсаторных процессов. К гормонам, регулирующим уровень электролитов, относятся кальцитонин, паратгормон и альдостерон. Определенную роль в условиях эмоционального стресса играют гормоны надпочечников, при этом установлен различный уровень альдостерона в условиях эмоционального фона. При стрессе прирост этого гормона в межпищеварительный период был минимален в группе ваготоников, неуклонно линейно возрастал у нормотоников ($p < 0,05$), а у симпатотоников его динамика роста ($p < 0,05$) была менее интенсивна. Альдостерон, контролируя трансмембранный перенос электролитов, обеспечивал депонирование натрия у симпатотоников и уменьшал его мобилизацию, параллельно данным изменениям возрастал коэффициент Na/K в желудочном соке. О лабильности обмена электролитов в этой группе говорят и достоверные изменения концентрации кальцитонина и паратгормона при стрессе. Именно баланс электролитов и значения объема пищеварительных секретов являлись лимитирующими факторами кислото- и ферментообразования и от их модуляции зависел уровень секреторных сдвигов.

Таким образом, при эмоциональном стрессе выявлены специфические различия в гормональных профилях у лиц с различным уровнем вегетативного баланса. В группе лиц с равным тонусом симпатического и парасимпатического отделов при максимальном повышении гипофизарных гормонов и гастринина в условиях стресса снижается секреторная активность пищеварительных желез. У парасимпатотоников максимальный прирост адренергической активности сочетается со значительным ростом индекса кортизол/инсулин и низкой активностью гипофизарных гормонов и гастринина. В этих условиях активность пищеварительных желез практически не изменяется. Для лиц с преобладанием тонуса симпатического отдела автономной нервной системы характерна активация пищеварительных желез при стрессе, сочетающаяся с параллельным повышением гастринина и альдостерона.

НЕРВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Кузнецов А.П., Смелышева Л.Н., Сажина Н.В.
Курганский государственный университет, г. Курган

У здоровых добровольцев мужского пола в возрасте 22-24 лет ($n=20$) исследовалась экзокринная функция желудка и поджелудочной железы в условиях покоя и при действии эмоционального стресса. В качестве модели эмоционального напряжения использовали сдачу выпускных государственных экзаменов студентами университета. Для изучения нервных механизмов регуляции применяли частичную фармакологическую блокаду М-холино (1,5 мг атропина на кг массы тела подкожно), β -адренорецепторов (0,6 мг обзидана на кг массы тела внутрь) соответственно.

Исследование секреторной функции желудка и поджелудочной железы в условиях эмоциональной стабильности при частичном выключении парасимпатических влияний показало, что фармакологическая блокада М-холинорецепторов атропином достоверно снижала объемы желудочного и поджелудочного соков ($p<0,05$). В условиях базальной секреции до $63,2\pm9,1\%$ и до $78,3\pm6,8\%$ ($p<0,05$) и стимулированной секреции до $52,3\pm6,4\%$ и до $77,4\pm7,1\%$ ($p<0,05$) соответственно желудочной и панкреатической. Базальный уровень соляной кислоты в желудочном соке снижался до $43,4\pm6,5\%$, стимулированной - до $50,8\pm6,8\%$ ($p<0,001$), а бикарбонатов в поджелудочном соке в условиях базальной секреции - до $69,4\pm7,3\%$ ($p<0,05$). Валовое выделение бикарбонатов в условиях стимулированной секреции снижалось до $72,3\pm8,1\%$ ($p<0,05$). Дебит-час пепсиногена при блокаде М-холинорецепторов достоверно снижался в условиях базальной секреции до $86,6\pm7,4\%$, стимулированной - до $45,9\pm6,3\%$ ($p<0,001$), протеолитическая активность соответственно - до $84,9\pm9,2\%$ и $33,6\pm11,3\%$ ($p<0,05$). В условиях базальной панкреатической секре-

ции валовое выделение ферментов также снижалось: трипсина до $79,8\pm6,8\%$, липазы до $80,9\pm11,3\%$ ($p<0,05$) и амилазы до $88,1\pm7,2\%$. В условиях стимулированной секреции уменьшалось валовое выделение трипсина до $75,6\pm8,6\%$, липазы до $47,8\pm8,2\%$, ($p<0,05$) и амилазы до $69,2\pm5,8\%$, ($p<0,05$).

При введении атропина в условиях стресса как базальная, так и стимулированная желудочная секреция еще сильнее снижалась в динамике секреторного ответа относительно раздельного действия этих факторов.

Атропинизация в условиях эмоционального напряжения практически не угнетала стимулированную секрецию поджелудочной железы, исключение составляло валовое выделение панкреатической липазы. Однако базальная секреция выражено угнеталась по исследуемым показателям. Эмоциональный стресс угнетал функцию панкреатических ациноцитов по выделению и дебиту амилазы, введение атропина тормозило секрецию как ациноцитов, так и дуктулоцитов. Сочетанное действие этих двух факторов потенцировало данные эффекты и базальная панкреатическая секреция угнеталась по всем показателям.

Исследование желудочной и поджелудочной секреции в условиях блокады β -адренорецепторов обзиданом показало, что при эмоциональной стабильности и особенно при эмоциональном напряжении отмечались значительные изменения секреторной активности. Причем изменения гастральной и панкреатической секреции имели различный характер. Блокада β -адренорецепторов вызывала достоверное снижение всех исследуемых показателей желудочной секреции: объема секрета до $58,2\pm9,2\%$, дебит-часа соляной кислоты до $52,4\pm8,2\%$, пепсиногена до $58,7\pm9,3\%$, протеолитической активности до $34,3\pm9,5\%$ ($p<0,05$) - базальная секреция; $50,4\pm7,3\%$, $27,5\pm11,2\%$, $20,2\pm11,4\%$, $20,9\pm11,7\%$ ($p<0,05$) - ингибиранная секреция соответственно. Панкреатическая секреция изменилась в сторону увеличения, исключение составляло содержание амилазы как в базальном (снижалось до $56,3\pm12\%$, $p<0,05$), так и в стимулированном секрете.

Блокада β -адренорецепторов в условиях эмоционального напряжения вызывала достоверное снижение уровня базальной и ингибиированной желудочной секреции. Особенно снижалось выделение соляной кислоты соответственно до $29,7\pm10,3\%$ и $19,3\pm13,6\%$ и протеолитической активности желудочного сока до $39,5\pm9,2\%$ и $15,7\pm12,1\%$ ($p<0,001$).

Аналогичные изменения были характерны и для панкреатической секреции, сочетанное действие обзидана и эмоционального стресса угнетало как базальную, так и стимулированную фракции.

Таким образом, в условиях эмоционального стресса значительно усиливается роль симпатического отдела автономной нервной системы в регуляции желудочно-кишечного тракта, блокада β -адренорецепторов обзиданом вызывала выраженное торможение желудочной и поджелудочной секреции. Блокада М-холинорецепторов атропином при эмоциональном напряжении приводила к снижению объема электролитов и протеолитической активности желудочного сока и практически не угнетала стимулированную поджелудочную секрецию.

МОДУЛЯЦИЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В ПОДЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Смелышева Л.Н., Сажсина Н.В., Кривобокова В.А.,
Архипова О.А., Горбунова А.А., Савельева А.В.
Курганский государственный университет, г. Курган*

Задачей нашего исследования явилось изучение содержания электролитов - калия и натрия в желудочном соке у человека в зависимости от преобладания вегетативного тонуса нервной системы. Секреция электролитов, входящих в состав желудочного сока, осуществляется мембранными эпителиальными клетками (П.К. Климов, Г.М. Барашкова, 1991).

По химическому строению натрий близок к калию, он обуславливает величину трансмембранных потенциала и в некоторых физиологических процессах может заменять калий, например, при активации кетогексокиназы. В организме человека натрий поступает в основном с пищей. Содержание калия постоянно и не зависит от кислотности сока. Концентрация натрия обратно пропорциональна концентрации соляной кислоты (В.Р. Babkin, 1950). Содержание натрия и калия при существенном увеличении секреции снижается (Г.Ф. Коротко, 1974).

Обследованные здоровые молодые люди в возрасте 17-21 года проходили ритмокардиографическое исследование, которое позволяло определить индивидуальный уровень вегетативного тонуса. В результате испытуемые были поделены на три группы. В первую группу ($n=5$) были включены лица с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системой - ваготоники; во вторую группу ($n=5$) вошли лица с преобладанием тонуса симпатической нервной системой - симпатотоники и в третью - нормотоники ($n=9$). Основанием для такого деления послужили различия в показателях деятельности сердечно-сосудистой системы: ЧСС, АМо, Мо, квадратичное отклонение и индекс напряжения (ИН).

В результате исследования было выявлено, что объем секрета натощак возрастает в ряду ваготоник-нормотоник-симпатотоник, причем эти изменения носят достоверный характер. Высокая скорость выделения жидкой части секрета у симпатотоников является закономерностью их высокой реактивности. В показателях pH секрета достоверные различия отмечены в стимулированных порциях у нормотоников и у симпатотоников и являются минимальными. В других порциях секрета достоверных различий нет.

Показатели концентрации натрия в желудочном соке указывают на то, что во всех трех порциях как у ваготоников, так и у нормотоников наблюдается снижение динамики секреторного ответа. В тощаковом секрете у этих групп установлены максимальные значения, а минимальные – в стимулированном, чего нельзя сказать о группе с преобладанием симпатической нервной системы. Минимальное значение наблюдается в тощаковой порции и является достоверным. Анализ валового выделения натрия позволяет отметить, что у лиц с

преобладанием парасимпатической и симпатической нервной системы в стимулированных порциях наблюдаются максимальные значения. Межгрупповые различия в концентрации калия наблюдаются в тощаковом секрете, максимальное значение достоверное у симпатотоников. В результате эксперимента было выявлено, что минимальное валовое выделение калия наблюдается в базальной порции у ваготоников, такая же тенденция прослеживается у симпатотоников и носит достоверный характер. Максимальный коэффициент электролитического баланса Na/K отмечается у нормотоников и симпатотоников натощак и является достоверным.

Таким образом, особенности секреции электролитов в желудочном соке определяются вегетативным балансом организма.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ И ГОРМОНОВ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

*Данилова А.В., Грязных А.В., Чернов А.В.
Проблемная научно-исследовательская лаборатория
Южно-Уральского научного центра РАМН, г. Курган
Государственное учреждение «Клинический центр
гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского,
г. Курган
Курганский государственный университет, г. Курган*

До настоящего времени нет однозначного мнения о физиологической роли желчных кислот (ЖК) в желудочном содержимом.

Цель. Изучение гомеостаза внутренней среды желудка с комплексным исследованием показателей дуоденогастрального рефлюкса ЖК и параметров гормонально-гуморального звена регуляции желудочной секреции.

У здоровых людей ($n=25$) и спортсменов ($n=19$) исследовали комплексно: содержание ЖК в желудочном соке при фракционном зондировании, содержание эндогенных ЖК и гормонов, стимулирующих желудочную секрецию, в сыворотке крови (СТГ, КТГ, ПТГ, гастрин-17, инсулин, цАМФ, цГМФ)

Наблюдения обнаруживают в желудочном соке волнообразные колебания валовой продукции ЖК с периодом 30 – 45 мин, которые четко коррелируют с объемом желудочного сока ($r=0,785$, $p<0,05$). При этом общая концентрация желчных кислот (СЖК) остается относительно стабильной величиной в диапазоне 0,025 – 0,422 мг/мл.

При изучении гормонально-гуморального звена регуляции желудочной секреции установлена корреляционная связь между динамикой желудочной секреции, валовой продукцией ЖК в желудочном соке и содержанием изучаемых гормонов в сыворотке крови. В период стимулированной желудочной секреции у здоровых лиц возрастает концентрация гастрина ($p<0,001$), СТГ ($p<0,01$), у спортсменов отмечено снижение содержания гастрина ($p<0,001$) и ПТГ ($p<0,001$), в то врем-

мя как концентрация СЖК, ПТГ, инсулина, цАМФ, цГМФ у спортсменов была несколько выше, чем у здоровых лиц.

В пределах колебаний СЖК сыворотки крови отмечена достоверная корреляция с pH и дебитом желудочного сока в условиях тошаковой и стимулированной желудочной секреции.

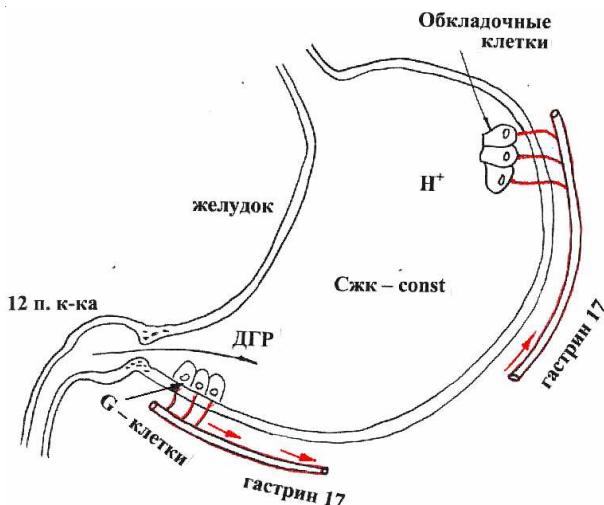


Рис.1. Схема регуляции желудочной секреции при дуодено-гастральном рефлюксе

Выводы

1. Дуоденогастральный рефлюкс является физиологическим явлением и формирует внутреннюю среду желудка, где СЖК является одной из ее констант.

2. ДГР принимает участие в системе регуляции желудочной секреции через гормонально-гуморальный механизм.

ВЛИЯНИЕ СУБМАКСИМАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ НАГРУЗКИ НА СОДЕРЖАНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У СПОРТСМЕНОВ

Грязных А.В., Сорокин И.С., Грязных В.А., Костин А.В.
Курганский государственный университет, г. Курган

Адаптацию человека к меняющимся условиям можно кратко охарактеризовать как совокупность социально-биологических свойств и особенностей, необходимых для устойчивого существования организма в определенных условиях обитания (Ф.З.Меерсон, 1981).

Одним из факторов, определяющих адаптацию, является приспособление к стрессовым ситуациям, в качестве которых выступают: мышечная нагрузка, психоэмоциональный стресс, резкая смена образа жизни и т.д.

Целью исследования является изучение концентрации макроэлементов Na^+ и K^+ в желудочном содержимом у лиц с различным уровнем повседневной двигательной активности.

Исследование желудочной секреции проводилось методом фракционного зондирования. После введе-

ния зонда в течение 3-5 минут откачивалось содержимое желудка натощак (тошаковая секреция). В течение 1 часа 15-минутными порциями исследовалась базальная секреция. После введения раздражителя желудочных желез (10% отвар сухой капусты объемом 200мл, $t = 35-38^\circ\text{C}$) через зонд, изучалась стимулированная секреция в течение часа. Определение натрия и калия в биологических жидкостях проводили методом пламенной фотометрии.

Для изучения динамики исследуемых показателей исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе фиксировались показатели в состоянии относительно физического покоя (фоновые данные), на втором этапе изучались показатели сразу после нагрузки. Между исследованиями фоновых показателей и показателей, полученных после физической нагрузки, был промежуток не менее 7-14 дней. В качестве физической нагрузки использовалась стандартная велоэргометрическая нагрузка ($\text{МПК} = 75\%$).

Таблица 1
Сравнительный анализ концентрации макроэлементов (Na^+ , K^+) в желудочном соке у испытуемых контрольной группы и спортсменов низкой квалификации в условиях относительно мышечного покоя и физической нагрузки ($M \pm m$) ($n=10$)

Показатель	Условия секреции	Контрольная группа		Спортсмены с низкой квалификацией	
		Фоновые показатели	Мышечная нагрузка	Фоновые показатели	Мышечная нагрузка
Калий Ммоль/л	Тощаковая	7,06±2,67	7,74±1,73	4,79±1,73	6,13±1,17
	Базальная	6,93±2,81	8,11±2,59	4,83±1,80	6,47±1,89
	Стимулированная	6,95±2,97	7,39±2,55	7,17±3,68	7,85±2,45
Натрий Ммоль/л	Тощаковая	174,11±52,83	162,72±16,27	121,17±46,21	147,92±24,47
	Базальная	155,01±67,64	159,12±33,05	114,94±33,52	161,62±35,98
	Стимулированная	163,97±56,06	121,19±55,08	170,06±62,47	117,31±44,63

Концентрация натрия достоверно изменяется у спортсменов с низкой квалификацией в базальной и стимулирующей секрециях после действия мышечной нагрузки. Также концентрация Na^+ и K^+ в процентном соотношении в тошаковой секреции меньше у спортсменов с низкой квалификацией – калия на 32% в покое и 21% при нагрузке, натрия – 30% и 10% соответственно, чем у лиц с низким уровнем двигательной активности. Общие тенденции изменения концентрации макроэлементов в процентном соотношении после мышечной нагрузки как у спортсменов, так и у людей, не занимающихся спортом, таковы, что концентрация калия увеличивается во всех секрециях, также обнаруживается увеличение содержания натрия в условиях базальной секреции и снижение в стимулированной.

Данные изменения характеризуются перераспределением исследуемых ионов в полости желудка и внутриклеточной жидкости, в плазме крови. Наиболее гемостабилизованными являются межклеточная и внутриклеточная жидкость. Физиологическое действие ионы натрия и калия оказывают прежде всего на межклеточном уровне. Содержание ионов в полости желудка снижается вследствие его выхода в кровь и тканевую жидкость. Адаптированность организма к нагрузкам характеризуется более быстрым переходом ионов из депо

(резерва) минеральных веществ – полостей организма к структурам, где обеспечивается их действие. Таким образом, в результате исследования было установлено, что содержание Na⁺ и K⁺ в желудочном соке напрямую зависит от уровня повседневной двигательной активности. У лиц, регулярно занимающихся спортом, адаптационные процессы водно-солевого обмена в желудочно-кишечном тракте наиболее выражены, чем у людей с низкой повседневной двигательной активностью. Установленные расхождения в содержании макроэлементов в желудочном соке в большей степени определяются количественными изменениями, чем качественными.

ФОРМИРОВАНИЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Егорова Н.Л., Вехова Т.А.

Курганский государственный университет, г.Курган

Одной из главных задач специальной (коррекционной) школы VIII-го вида является создание условий, гарантирующих формирование и укрепление здоровья учащихся. Основным из средств реализации этой задачи является воспитание культуры здорового образа жизни (ЗОЖ).

Занятия оздоровительно-педагогического характера должны быть систематичными и комплексными, вызывать у ребенка положительные эмоциональные реакции, содержать двигательные упражнения. Материалы подобных занятий должны находить отражение во всех режимных моментах учебно-воспитательного процесса специальной (коррекционной) школы 8-го вида.

Мы предполагаем, что внеклассные занятия, включающие в себя разработанные нами методические приемы по формированию традиций и культуры здорового образа жизни, будут способствовать усвоению знаний и созданию положительной мотивации к сохранению и укреплению здоровья у учащихся младших классов специальной (коррекционной) школы 8-го вида.

Методологической и теоретической основой исследования явились положения общей и специальной психологии о единстве основных закономерностей развития нормальных и аномальных детей (Л. С. Выготский, А. Р. Лuria, Т. А. Власова и др.), концепция формирования культуры и традиций здорового образа жизни (А. А. Дмитриев, И.Ю. Жуковин), положение о гуманизации интегративных процессов, о коррекционной направленности учебно-воспитательного процесса в специальных учреждениях (М.С. Певзнер, Т. А. Власова и др.).

Комплексная программа исследования здоровья детей проходила в несколько этапов: изучение документации (школьной и медицинской); визуальный осмотр и наблюдение; оценка общих физических показателей; анкетирование.

Для всех детей, отобранных для эксперимента, характерна лёгкая умственная отсталость, отмечается наличие сопутствующих заболеваний. Физическое развитие было исследовано с помощью метода антропометрии с использованием стандартного оборудования (рост, масса, ЖЕЛ, сила кисти).

Детям экспериментальной группы была предложена программа воспитательной работы по формированию здорового образа жизни младших школьников с нарушением интеллектуального развития.

В этой программе учтены специфические особенности познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы младших школьников с нарушением интеллекта. Программа включает 5 взаимосвязанных блоков занятий: тело человека; правила гигиены; «нет» вредным привычкам; занимайся физкультурой; режим дня.

Внеклассные занятия продолжительностью 30-40 минут каждое проводились два раза в неделю (понедельник и пятница).

Для закрепления полученных знаний, умений и навыков, а также для создания устойчивой мотивации содержание занятий по возможности отражалось на уроках, основных режимных моментах, экскурсиях, прогулках на свежем воздухе.

Особое внимание в работе уделялось созданию и накоплению в детском коллективе обычая и традиций ЗОЖ: проведение «минуток здоровья» на уроках, «День здоровья», «Скажи нет ...».

По завершении экспериментальной работы был проведен второй контрольный срез (повторный констатирующий эксперимент) по тем же параметрам, что и в начале работы. У учащихся, проходивших экспериментальное обучение, значительно выросла мотивация к ЗОЖ: они проявляют интерес к занятиям оздоровительного характера, считают необходимым следить за здоровьем (при этом говорят о соблюдении «правил»-блоков программы). Профилактика вредных привычек, реализуемая в ходе экспериментального обучения, была достаточно эффективной: количество детей, не имевших вредных привычек, осталось на прежнем уровне, более того, дети, у которых в начале исследования была выявлена вредная привычка (курение), серьезно задумались о борьбе с ней.

Оценка физического развития была также нами проведена, однако не удостоена внимания, т.к. изменение физического развития и адаптация организма требуют более значительного времени.

Таким образом, у учащихся экспериментальной группы отмечался более высокий уровень культуры ЗОЖ исходя из выделенных нами критериев.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОЖИ И ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Ловыгина О.Н.

Курганский государственный университет, г. Курган

В настоящее время опубликовано достаточно большое число данных, указывающих на взаимосвязь между значениями ряда электрофизических параметров кожи и состоянием организма в целом и его отдельными функциональными системами. Из числа электрофизических параметров наибольшее внимание, на наш взгляд, привлекают биоэлектрический потенциал, выражающий собственную электрическую активность БАТ и эффект Кирlian.

В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 18 до 23 лет, из них 30 - спортсмены-борцы высокой квалификации. Исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) проводили в состоянии покоя и после выполнения в течение 5 минут стандартной дозированной физической нагрузки субмаксимальной мощности на велоэргометре в объеме 75% от МПК. Биопотенциал измеряли в трех точках: LI-4, НС-9, ТН-1. Регистрация газоразрядного изображения осуществлялась при помощи прибора «ГРВ-камера» (профессора К. Г. Короткова).

Традиционный сравнительный анализ абсолютных величин оказался не достаточно информативным, вследствие этого была проанализирована динамика прироста показателей ВСР, электрического потенциала БАТ и ГРВ-грамм в двух группах испытуемых. Анализ величины прироста электрического потенциала в трех БАТ показал статистически достоверное увеличение в группе спортсменов в двух (LI-4, ТН-1) из трех исследованных пунктах. В отличие от этого, в группе нетренированных юношей отмечалась лишь тенденция к повышению величины электрического потенциала без статистически достоверных изменений.

Сравнительный анализ показателей структуры сердечного ритма показал, что в группе неспортивных под влиянием дозированной физической нагрузки показатели изменились больше, чем у спортсменов.

В результате корреляционного анализа величин прироста биологического потенциала в точке ТН-1 и параметра ВСР - индекс напряжения после физической нагрузки была выявлена статистически достоверная обратнопропорциональная корреляционная связь в группе спортсменов. Это свидетельствует о том, что чем больше прирост величины биопотенциала в данной активной точке, тем меньше будет прирост величины показателя индекса напряжения после физической нагрузки субмаксимальной мощности у спортсменов. В группе нетренированных юношей также выявлена подобная корреляционная связь, но статистически не достоверная.

При анализе динамики прироста показателей ГРВ-

грамм выявлено достоверное снижение показателя общей площади как в группе спортсменов, так и в группе нетренированных юношей соответственно на 957,1 и 449,6 пикселей в среднем ($p < 0,05$). Корреляционный анализ между величинами общей площади и дыхательными волнами (ДВ) выявил обратнопропорциональную связь в обеих группах испытуемых ($r = -0,70$, $r = -0,68$, при $p < 0,05$). Также выявлена связь подобного характера в группе спортсменов между величинами общей площади и медленными волнами 1-го порядка (МВ-1), $r = -0,69$, при $p < 0,05$.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что более высокий уровень функционального состояния спортсменов обусловлен изменениями центральных регуляторных механизмов, в том числе вегетативных функций. Уровень функционального состояния, характер адаптационных реакций на внешние воздействия отражают не только такие показатели вегетативных функций, как структура сердечного ритма, но и электрические свойства органов и тканей, в частности, кожи.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСТЕВОЙ ДИНАМОМЕТРИИ У СТУДЕНТОВ КУРГАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТОТИПАМИ

Корюкин Д.А., Косолапов О.Н.

Курганский государственный университет, г. Курган

Физическое воспитание студенческой молодежи составляет органическую часть всего учебно-воспитательного процесса и призвано поддерживать высокую работоспособность студентов на протяжении всех лет обучения, обеспечивать их всестороннее физическое развитие и образование. Основной формой физического воспитания в вузе являются учебные занятия. Программа физического воспитания студентов вуза определена учебным планом и предусматривает развитие таких качеств, как сила, быстрота, ловкость, гибкость, точность выполнения движений.

Целью нашего исследования было изучение динамики показателей кистевой динамометрии студентов, относящихся к различным соматотипам, в рамках учебной программы занятий физической культурой Курганского государственного университета.

В исследовании приняли участие девушки, не занимающиеся спортом. В первую группу вошли студентки с грудным соматотипом (27 человек), во вторую с мускульным соматотипом (24 человека).

Показатель силы левой руки в первый год исследования (2006 учебный год) у студенток, относящихся к грудному и мускульному соматотипам, характеризуется волновой тенденцией, т.е. у грудного соматотипа отмечается подъем в декабре ($22,07 \pm 1,35$ кг) и мае ($22,40 \pm 1,38$ кг); спад в сентябре ($20,59 \pm 1,40$ кг) и марте ($21,03 \pm 1,36$ кг). У

девушек с мускульным соматотипом, наоборот: спад в декабре ($21,16 \pm 1,09$ кг) и мae ($21,54 \pm 1,07$ кг), а подъем в сентябре ($22,04 \pm 0,95$ кг) и марте ($22,91 \pm 1,15$ кг).

Показатель силы левой руки во второй год исследования (2007 учебный год) у обоих соматотипов достоверно увеличивается. У грудного - с $23,77$ кг до $26,18$ кг, у мускульного соматотипа - с $23,08$ кг до $27,04$ кг. Таким образом, процентное увеличение силы левой руки за два года исследования составляет у грудного соматотипа $26,9\%$, у мускульного – $27,7\%$. Этот скачок скорее всего связан с возрастными изменениями в организме и с направленными на развитие этого силового показателя мышечными упражнениями, которые проводились в течение года на занятиях по физическому воспитанию.

При изучении показателя силы правой руки в первый год исследования у грудного и мускульного соматотипов значительных изменений не выявлено.

По результатам второго года исследования, показатель силы правой руки достоверно увеличился у грудного соматотипа - с $24,96$ кг до $28,59$ кг; у мускульного соматотипа - с $24,41$ кг до $29,50$ кг.

При продолжении занятий, которые направлены на развитие этого силового показателя, в последующие годы отметили повышение силы рук, что отразилось на развитии и укреплении опорно-двигательного аппарата. Процентный прирост силы правой руки за два года исследования у грудного соматотипа составил $28,6\%$, у мускульного – $26,6\%$.

В ходе исследования определены соматотипы и дана оценка уровня физического развития студенток (17–18 лет) факультета естественных наук Курганского государственного университета на основании кистевой динамометрии. Физическое развитие находится на среднем уровне. На протяжении двух лет исследований прослеживается положительная динамика развития показателей кистевой динамометрии.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДКА ПРИ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ

Чернов В.Ф., Данилова А.В., Ирьянов Ю.М., Чернов А.В.
Проблемная научно-исследовательская лаборатория
Южно-Уральского научного центра РАМН, г. Курган
Государственное учреждение «Клинический центр
гастроэнтерологии» им. проф. Я.Д. Витебского,
г. Курган
Курганский государственный университет, г. Курган

Несмотря на многолетнюю историю изучения желудочной секреции, многие вопросы регуляции желудочной секреции остаются недостаточно изученными. Классические работы И.П.Павлова и других исследователей установили лишь отдельные звенья сложнорефлекторной и гормонально-гуморальной регуляции. Ранее в наших исследованиях было показано, что между интенсивностью дуоденогастрального рефлюкса (ДГР),

уровнем системы гуморального звена регуляции желудочной секреции и функциональной активностью желудка существует тесная корреляционная связь и, таким образом, доказана возможность существования других регулирующих механизмов желудочного гомеостаза. Однако до настоящего времени «точка приложения» ДГР оставалась не изученной. В данной работе мы ставили задачу выявить морфологический субстрат воздействия ДГР в цепи гормонально-гуморальной регуляции желудочной секреции.

В эксперименте на крысах Шиншилла ($n=12$) воспроизводилась модель ДГР и осуществлялась открытая биопсия пилорического отдела и дна желудка, временно изолированных друг от друга перетяжкой, через 15, 30, 45, 60, 75 и 90 минут после экспозиции желчи и дуоденального содержимого. Биоптаты подвергали световой и электронной сканирующей микроскопии (СЭГ). Окраску проводили гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, гистохимические исследования с маркировкой АПУД - клеток слизистой пилорического отдела. СЭГ выполнена на сканирующем электронном микроскопе GEOL - JSM -840 (Япония).

В контрольной группе животных ($n=6$) было показано, что простая биопсия из пилорического отдела не оказывает стимулирующего действия на слизистую желудка, которая сохраняет свою обычную микроструктуру без признаков активации желудочных желез на протяжении 30–45 минут исследования. При воздействии дуоденального рефлюкта, начиная с 15 минуты прямого контакта со слизистой пилорического отдела, нарастают морфологические изменения: размывается и утрачивается слизистое покрытие эпителия, усиливается гиперемия слизистой и собственной пластинки слизистой оболочки. Сканирующая микроскопия подтверждает повышение функциональной активности желез как пилорического отдела, так и дна желудка. Изменения нарастают по мере продолжения контакта с желчью и дуоденальным рефлюктом до 60–90 минут, после чего морфологические признаки активности желудочных желез снижаются. При этом отмечается заметное снижение гиперемии слизистой оболочки желудка и заполнение желудочных ямок секретирующей пилорическими железами слизью.

Исследования показывают, что при воздействии рефлюкта, содержащего желчь, наблюдается цикличность морфологических изменений - от возрастающей активности желудочных желез и слизистой пилорического отдела с последующим затуханием и возвратом к исходному состоянию.

Данные наблюдения коррелируют с ранее установленной нами взаимосвязью объема желудочной секреции и дебитом желчных кислот в желудочном соке, подтверждая тем самым регулирующее значение ДГР в желудочной секреции.

Важно подчеркнуть, что подобные корреляционные связи наблюдались и у других видов животных, что подчеркивает их общебиологическое значение.

Таким образом, между дуоденогастральным рефлюксом и желудочной секрецией в нормальных условиях существует морфофункциональная связь, которая

проявляется через прямое воздействие рефлюктанта на слизистую пилорического отдела желудка с последующей активацией гормонально-гуморального звена регуляции желудочной секреции. Морфологический субстрат воздействия ДГР - это слизистая пилорического отдела желудка и ее гормонально активная АПУД система.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СУДЕБНОЙ БИОЛОГИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ И КРОВИ ЧЕЛОВЕКА В СЛЕДАХ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ С ПОМОЩЬЮ НОВЫХ ТЕСТОВ ПСА-СЕМИКВАНТ И ГЕМ-ДИРЕКТ

Колоскова В.П.

Государственное учреждение «Курганское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Курган

Обозначенные в заголовке задачи являются первоочередными при проведении экспертиз вещественных доказательств. Именно с решения этих вопросов начинается более 95% экспертиз вещественных доказательств.

Требования, предъявляемые к любым биологическим методикам - это их строгая специфичность и высокая активность, так как для проведения экспертиз всё чаще поступают вещи со старыми следами и следами, подвергшими уничтожению.

В последнее время помимо старых классических реакций в практику были внедрены и новые для судебной биологии тесты - гемоФАН - наличие крови, проба высокочувствительна к гемоглобину, реагирует на присутствие его в концентрации примерно 5 эритроцитов в 1мкл.

Обти-тест (наличие крови и одновременно её происхождение от человека) и фосфотест (наличие единичных сперматозоидов).

Данные тесты в нашем отделении было внедрено в 2005 году, что позволило устанавливать наличие крови и обнаруживать единичные сперматозоиды в исследуемом материале, где менее чувствительные методики давали отрицательный результат.

Но данные тесты были заимствованы из клинических лабораторий и приспособливались для судебных целей после длительной апробации.

В 2006 году в отделении были внедрены два новых теста, специально разработанных немецкими учёными для судебно-медицинских исследований, а именно Hem-Direct-иммунохимическая реакция на гемоглобин крови человека и PSA SEMIQUANT- иммунохроматографический тест для судебно-медицинского анализа, выявляющий простато-специфический антиген.

В практике судебно-медицинской биологии одни из самых трудоёмких экспертиз являются экспертизы, в которых возникает необходимость в обнаружении спермы на вещественных доказательствах. Основным доказательным методом до сих пор является морфологическое исследование, основанное на микроско-

пическом обнаружении сперматозоидов. Однако трудоёмкость экспертиз, отсутствие или малое количество сперматозоидов, аномалии спермы, а также воздействие разрушающих факторов внешней среды не позволяли устанавливать наличие спермы.

Необходимость внедрения в практику этих тестов, а особенно иммунохроматографической реакции, распознавающей наличие спермы в следах на вещественных доказательствах, очевидна, так как вопрос процент положительных результатов обнаружения спермы.

Таким образом, внедрение в практику новых тестов позволило перейти на более качественную ступень проведения экспертиз.

Данные тесты разработаны специально для судебной медицины. Они просты в использовании и наглядны в оценке результатов. Возможность подвергать исследованию старые и замятые следы и получать в целом ряде случаев положительные результаты, что при ранее используемых методиках в случае ничтожной примеси спермы, а иногда и крови оказывалось практически недоступно.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ФРАГМЕНТОВ КОСТЕЙ

Панова О.В.

Государственное учреждение «Курганское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Курган

Эксперты судебно-биологического отделения судебно-медицинской экспертизы занимаются отработкой методик, направленных на выявление антигенов системы АВО во фрагментах костной ткани. Такой интерес к данной тематике объясняется несколькими причинами: во-первых, это увеличение количества экспертиз, связанных с изучением костных останков; во-вторых, слабая выраженность антигенов в костном материале, особенно в случаях его значительной давности (склеротированные останки; кости, взятые при эксгумациях, и др.); в-третьих, получение недостаточно чётких и нестойких результатов реакций, используемых в настоящее время при выявлении антигенов системы АВО в костях, которые в большинстве случаев невозможно ни подтвердить, ни опровергнуть из-за отсутствия контрольного материала, а именно каких-либо иных (кроме костей) объектов от человека, которому они предположительно принадлежат.

Анализ полученных данных и сопоставление всех результатов послужили поводом для написания статьи.

Работа со свежим костным материалом облегчалась наличием образцов крови, полученных от этих же трупов, что позволило подтверждать (или отрицать) присутствие тех или иных антигенов. При работе со склеротированными останками (экспертный материал) в ряде случаев удавалось параллельно исследовать кровь членов семьи предполагаемого индивида. В противном случае, отсутствие возможности проверить и затем сопоставить результаты методик, использованных при

постановке опытов с костями, свело бы всю работу к нулю. Материал от одной и той же кости исследовали в виде навесок по 7 мг, приготовленных путём измельчения кости на мелкие фрагменты, а также размолотых до порошкообразного состояния. Из порошка некоторых костей готовили вытяжки (18 ч при температуре ходильника и 4-6 ч в термостате при температуре + 40° С), которые послойно переносили на ниточки марли и затем вводили в реакцию, т.е. исследовали и сам порошок, и вытяжки из него.

Подготовленные объекты изучали без фиксации и в фиксированном виде. Для фиксации применяли этанол, кипячение, 10, 20 и 40% серную кислоту, обработку пергидролем.

Элюировали в физиологический раствор, во взвесь эритроцитов на физиологическом растворе, на 0,1% папаине; в 2% раствор глицина на 0,5% растворе альбумина.

Параллельно устанавливали групповую принадлежность крови умершего (при исследовании костей, взятых при вскрытии трупов), группу пота на одежде человека, которому предположительно могли принадлежать кости, группу крови родителей или иных членов семьи такого человека.

При сопоставлении полученных результатов было установлено следующее:

1. В костном материале, не подвергшемся гнилостным изменениям, можно достаточно легко и специфично обнаружить антигены системы А, В, 0, используя для этого как нефиксированный, так и фиксированный любым способом материал.

2. При исследовании костных фрагментов значительной давности использование нефиксированного материала приводит к получению неспецифических результатов, поэтому исследовать подобный материал без фиксации не рекомендуется.

3. Наиболее специфические результаты установлены при фиксации костных фрагментов путём кипячения их в дистиллированной воде; ещё более чёткая агглютинация получена при исследовательской обработке костей пергидролем и кипячением.

4. Довольно хорошим способом фиксации является обработка 105 серной кислотой (более высокая концентрация, в частности 40% кислотой, приводит к расплавлению костных фрагментов, применять её не рекомендуется).

5. При слабо выраженной реакции агглютинации целесообразно использовать взвесь эритроцитов на 0,1% растворе папаина; можно обрабатывать и кусочки костей папаином до полного его высыхания.

6. Хорошей средой для элюирования является раствор глицина на альбумине.

VIII. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В 2005-2007 ГОДЫ

Рябченко О.В.

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

Основным инвалидизирующим заболеванием среди болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ является сахарный диабет.

В структуре первичной инвалидности вследствие эндокринной патологии доля сахарного диабета в 2005 г. составила 91,7%, 2006 г. - 92,7%, 2007 г. - 90,5%.

Таблица 1

Распределение впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие сахарного диабета в 2005-2007 гг.

годы	всего	из них проживающих					
		в городских поселениях		в сельских поселениях			
		всего	трудоспособного возраста	пенсионного возраста	всего	трудоспособного возраста	пенсионного возраста
2005	453	261	57	204	192	51	141
2006	486	230	59	171	256	65	191
2007	209	112	35	77	97	27	70

Изучение динамики численности ВПИ вследствие сахарного диабета за указанный трехлетний срок выявило, что наибольшее число инвалидов было признано впервые в 2006 г. - 486 человек, в 2007 г. отмечается уменьшение числа ВПИ до 209 человек (спад 57%).

Городские жители в структуре ВПИ вследствие сахарного диабета составили: в 2005 г. - 57,6%, в 2006 г. - 47,3%, в 2007 г. - 53,6%.

Соответственно жители сельской местности: в 2005 г. - 42,4%, в 2006 г. - 52,7%, в 2007 г. - 46,4%.

Таблица 2

Распределение по группам и возрасту ВПИ вследствие сахарного диабета в 2005-2007 гг.

годы	признано инвалидами	трудоспособного возраста			пенсионного возраста				
		всего	I	II	III	всего	I	II	III
2005	453	108	-	24	83	345	5	186	154
2006	486	124	-	13	110	362	2	96	264
2007	209	62	1	5	56	147	5	25	117

Среди ВПИ превалируют лица пенсионного возраста: 2005 г. - 76,2%, 2006 г. - 74,5%, 2007 г. - 70,3%.

Таблица 3

Соотношение впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета по группам (в %) в 2005-2007 гг.

	2005 г.	2006 г.	2007 г.
I гр.	1,3	0,6	2,9
II гр.	46,4	22,4	14,4
III гр.	52,3	77	82,7

В первичной инвалидности вследствие сахарного диабета с 2005 г. по 2007 г. отмечается возрастание доли инвалидов III группы с 52,3% до 82,7% и I группы с 1,3% до 2,9%. Параллельно наблюдается снижение удельного веса инвалидов второй группы соответственно с 46,4% до 14,4%.

Анализ динамики интенсивных показателей первичной инвалидности за период 2005-2007 гг. по Курганской области показал, что среди взрослого населения максимальный уровень инвалидности отмечался в 2006 г. - 6,2% на 10 тыс. населения, ниже в 2005 и 2007 гг. - 5,8 и 2,7 на 10 тыс. населения.

Вывод. В 2005-2007 гг. в структуре первичной инвалидности по эндокринной патологии преобладают случаи инвалидности вследствие сахарного диабета (91,7% - 92,7%-90,5%) с доминированием инвалидов пенсионного возраста (76,2% - 74,5% - 70,3%) с наибольшим удельным весом III группы инвалидности (52,3% - 77% - 82,7%).

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Киреев А.В., Николаева Е.В.

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

Вопросы реабилитации психически больных остаются актуальными. Эндогенной психической патологией нередко сопутствует моторная заторможенность, которая обусловлена как нейрофизиологическими причинами, так и угнетением побудительных мотивов. В результате этого формируется гиподинамия (гипокинезия), что в свою очередь оказывает негативное воздействие на функции различных органов и систем. Моторная деятельность больных с выраженной умственной отсталостью также ущербна. В процессе онтогенеза развитие двигательных функций и познавательной деятельности взаимосвязано, в связи с этим задержка психических функций сопутствуют и двигательные нарушения в виде торpidности, заторможенности движений, а также нарушения тонкой моторики пальцев кистей и рук.

Для психических заболеваний характерна общая, а не локальная гиподинамия. Создается порочный круг: гиподинамия, имеющая центральный генез, воздействует угнетающим образом на реализацию нервно-психических функций.

В настоящее время общепризнано положительное терапевтическое воздействие двигательной активности, в том числе физической культуры, на психическое и соматическое здоровье человека. Адекватная по нагрузкам, рационально подобранная физическая активность для психически больных способствует стимуляции деятельности центральной нервной системы, дезактуализации патологически окрашенных переживаний больных, повышению их социальной активности и коммуникативных способностей.

Проведенный нами анализ медицинской и экспертной документации показал, что в применении средств физической культуры с целью медицинской реабилитации нуждаются 25-30% инвалидов вследствие психических расстройств. Самая высокая потребность в этом виде реабилитации у инвалидов II и III группы молодого и среднего возраста - 50-60%.

Практический опыт показывает, что существуют проблемы в использовании средств физической культуры в медицинской реабилитации психически больных и инвалидов. Лечащие врачи уделяют основное внимание фармакотерапии и явно недостаточное – физической культуре.

Необходимо отметить, что вовлечение больных и инвалидов в занятия физической культурой должно проводиться с учетом медицинских, в первую очередь психиатрических, показаний и противопоказаний.

Практика свидетельствует о необходимости определенной систематизации и установления этапности в использовании средств физической культуры в рамках реабилитационных мероприятий.

Вовлечение психически больных в занятия физической культурой требует от руководителей медицинских учреждений выполнения следующих основных положений:

- повышение квалификации и информированности медицинских работников учреждений по вопросам использования физической культуры;

- более широкое и активное применение средств, форм и методов физической культуры при назначении профилактических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий среди больных в рамках применения индивидуальных реабилитационных программ;

- создание в учреждении материально-технических и кадровых возможностей для применения физической культуры в качестве средств реабилитации больных;

- установление действенных контактов с территориальными врачебно-физкультурными диспансерами.

Проведение лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий с применением физической культуры будет способствовать дальнейшей социализации психически больных и инвалидов.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005- 2007 ГОДЫ

*Бархатова Л.П., Шушарина Т.С., Бахарева О.В.,
Воинкова Т.П.*

*Федеральное государственное учреждение «Главное
бюро медико-социальной экспертизы по Курганской
области», г. Курган*

Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. В структуре инвалидности в Курганской области инвалидность вследствие ЦВБ занимает четвертое место после гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и злокачественных новообразований. Число впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЦВБ в 2005г. составило 1835 чел., в 2006г. -1720 чел., в 2007г. – 1176 чел. Удельный вес инвалидности вследствие ЦВБ из числа всех ВПИ в 2005г. равнялся 13,4%, в 2006г. -12,9%, в 2007г. -12,6%. Уровень первичной инвалидности вследствие ЦВБ составил в 2005г. 23,5 на 10 тыс. населения, в 2006г. -22,0, в 2007г. -15,1. В среднем за 3 года - 20,2 на 10 тыс. населения.

Анализ первичной инвалидности вследствие ЦВБ с учетом возраста выявил следующие особенности. В структуре ВПИ удельный вес инвалидов трудоспособного возраста (ТВ) составил в 2005г. 14,7%, в 2006г. - 16,9%, в 2007г. -20,7%. Уровень первичной инвалидности у лиц ТВ колеблется в пределах 4,4 -4,8-4,9 инвалида на 10 тыс. населения, в среднем 4,7 на 10 тыс. населения. Соотношение было: в 2005 г.: ТВ -14,7%, пенсионного возраста (ПВ)-85,3%; в 2006г. :ТВ -16,9%, ПВ -83,1%; в 2007г.: ТВ -20,7%, ПВ -79,3%. Анализ ВПИ с ЦВБ по месту проживания составил: в сельских поселениях в 2005г. -33,9%, в 2006г.-35,9%, в 2007г. -34,0%; в городских поселениях в 2005г. -66,1%, в 2006г.-64,1%, в 2007г.-66,0%.

Проанализирована первичная инвалидность по группам инвалидности. Удельный вес инвалидов I гр. составил в 2005г. -13,9%, в 2006г. -11,7%, в 2007г. -15,5%. Удельный вес инвалидов II гр. высок и составил в 2005г. -51,8%, в 2006г.-40,9%, в 2007г. – 35,8%. Удельный вес инвалидов III гр. составил в 2005г. -34,3%, в 2006г. -47,3%, в 2007г. -48,9%. Прослеживается тенденция к уменьшению удельного веса инвалидов I и III групп. Уровень инвалидности III гр. составляет в среднем 8,6 на 10 тыс. населения, уровень I и II группы составляет в среднем 11,6 на 10 тыс. населения.

Выводы

ЦВБ в Курганской области занимают четвертое место в структуре инвалидности за последние 3 года; уровень первичной инвалидности вследствие ЦВБ высок и составил на 10 тыс. населения 23,5- в 2005г., 22,0 – в 2006г., 15,1 – в 2007г., в среднем за исследуемый период 20,2;

среди ВПИ вследствие ЦВБ преобладают лица ПВ - 82,6%, лица ТВ - 17,4%; первичная инвалидность формируется в основном за счет тяжелых групп инвалидности I и II, что свидетельствует о тяжести данной патологии; учитывая высокий уровень ВПИ с ЦВБ в Курганской области, необходимо осуществлять реабилитационное и восстановительное лечение в «доинвалидном периоде».

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ ЗА 2005- 2007 ГОДЫ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цопанова О.Д.

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

Медико-социальная экспертиза детей до 18 лет осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. В 1998 году в Курганской области создано педиатрическое бюро общего профиля, в составе которого работают врачи-специалисты высшей категории: педиатр, хирург, невролог, специалист по социальной работе, специалист по реабилитации.

Медико-социальную экспертизу лиц с нарушением зрения, с психическими расстройствами и расстройствами поведения, с туберкулезом и онкологической патологией проводят специализированные бюро.

Показатели первичной инвалидности за 2005-2007 гг. отражены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели первичной инвалидности за 2005- 2007 гг.

Показатели	2005	2006	2007
Население до 18 лет	209 646	219 712	198 860
Число лиц, обратившихся впервые для определения инвалидности	616	612	647
Признано инвалидами	529	546	562
Интенсивный показатель инвалидности (на 10 тыс. детского населения)	25,2	27,45	29,6

В табл. 2 приведен интенсивный показатель детской инвалидности в 2006 – 2007 гг. в субъектах Уральского федерального округа.

Показатель детской инвалидности в Курганской области соответствует показателю по Российской Федерации.

В структуре первичной инвалидности в 2005-2007 гг. первое ранговое место занимают психические расстройства и расстройства поведения, на втором месте – врожденные аномалии, третье – болезни нервной системы.

Таблица 2
Интенсивный показатель детской инвалидности в 2006 – 2007 гг. в субъектах Уральского федерального округа

Регион	2006	2007
Курганская область	27,5	29,6
Свердловская область	34,7	32,2
Тюменская область	28,6	27,3
Челябинская область	26,8	25,1
ХМАО	18,2	17,4
ЯНАО	15,5	18,6
УРФО	27,9	26,6
РОССИЯ	29,0	29,0

Интенсивный показатель первичной инвалидности детей по районам области представлен в табл. 3.

Таблица 3

	2005	2006	2007
г. Курган	24,4	26,46	30,26
г. Шадринск	24,3	26,06	12,31
Альменевский	18,4	17,15	9,33
Белозерский	24,8	26,41	12,44
Варгашинский	64,1	71,45	69,93
Долматовский	29,2	28,56	19,01
Каргапольский	31,5	12,91	17,82
Катайский	15,0	19,50	24,02
Кетовский	22,7	14,30	31,38
Куртамышский	66,1	72,36	60,25
Лебяжьевский	12,1	23,27	15,38
Макушинский	17,2	42,56	64,09
Мишキンский	25,0	19,01	19,86
Мокроусовский	16,2	14,26	17,68
Петуховский	16,9	33,45	39,32
Половинский	31,0	25,17	35,87
Притобольный	18,0	24,55	28,28
Сафакулевский	18,7	30,15	16,26
Целинный	17,7	23,27	16,43
Шадринский	25,0	23,33	45,44
Шатровский	26,3	16,52	19,82
Шумихинский	14,3	25,59	51,74
Щучанский	23,5	24,47	14,52
Юргамышский	9,0	24,71	24,09
Частоозерский	11,3	24,30	38,65
Звериноголовский	35,4	14,94	19,60
Итого	25,2	27,45	29,60

Стабильно высок интенсивный показатель инвалидности детей в Варгашинском, Куртамышском, Макушинском, Шадринском и Шумихинском районах, низкий интенсивный показатель – в Альменевском, Щучанском, Белозерском, Лебяжьевском районах.

Выводы:

1. Отмечается уменьшение населения области в возрасте до 18 лет с 219.712 человек в 2006 году до 198.860 человек в 2007 году.

2. Интенсивный показатель инвалидности детей (на 10 тыс. населения до 18 лет) вырос с 25,2 в 2005г. до 29,6 в 2007г.

3. В структуре инвалидизирующих заболеваний лидируют психические расстройства и расстройства поведения, врожденные аномалии и болезни нервной системы.

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Ключина Л.М., Антипенко В.А., Мешков А.А.,
Бевзюк И.Б.**
**Федеральное государственное учреждение «Главное
бюро медико-социальной экспертизы по Курганской
области», г. Курган**

Наиболее частой формой онкологической патологии при первичном освидетельствовании женщин является рак молочной железы (РМЖ).

По данным онкологического бюро впервые признано инвалидами вследствие РМЖ в 2007 г. 218 чел.

*Таблица 1
Распределение инвалидов вследствие РМЖ по
возрастным группам*

Возраст пациенток	Количество больных	
	Абс. число	%
До 30 лет	2	0,9
31-40	8	3,7
41-50	39	17,8
51-60	113	51,8
Старше 60 лет	56	25,8
Всего	218	100

Основную группу составили женщины старше 50 лет – 77,6%.

При первичном освидетельствовании больных РМЖ у всех ведущее значение среди последствий комплексного лечения имел постмастэктомический синдром.

Это сложный комплекс симптомов, включающий в себя, помимо послеоперационных рубцов в области удаленной молочной железы, лимфатический отек верхней конечности, контрактуру плечевого сустава и ограничение движений в нем, болевой синдром, нарушение осанки.

Данные нарушения требуют комплексных реабилитационных мероприятий для восстановления физиологических функций и психологического статуса.

Таким образом, на первом году наблюдения инвалидам вследствие РМЖ требуется, прежде всего, медицинская реабилитация.

Пациентки с постмастэктомическим синдромом нуждались в основном в амбулаторном лечении в кабинете реабилитации.

К достаточно результативным методам медицинской реабилитации постмастэктомического синдрома можно отнести консервативное лечение.

*Таблица 2
Проявления постмастэктомического синдрома,
выявленные при первичном освидетельствовании
больных РМЖ*

Симптом	Количество больных	
	Абс. число	%
Постмастэктомический отек верхней конечности	208	95,4
Ограничение подвижности в плечевом суставе	120	54,9
Болевой синдром	132	60,5
Нарушение осанки	197	90,4

Пациентки с постмастэктомическим синдромом нуждались в основном в амбулаторном лечении в кабинете реабилитации.

К достаточно результативным методам медицинской реабилитации постмастэктомического синдрома можно отнести консервативное лечение.

Программа реабилитации подбиралась индивидуально, включая в себя такие компоненты как пневматическая компрессия отечной конечности, магнитотерапия, массаж, лечебная гимнастика, бандажирование с использованием компрессионного рукава, диетотерапия, витаминотерапия, фитотерапия, экзопротезирование, медикаментозное лечение, психотерапевтическое лечение.

Как видно из табл. 2, постмастэктомический отек отмечен у 95,4% женщин, признанных инвалидами вследствие рака молочной железы, как одно из основных проявлений постмастэктомического синдрома.

При лечении лимфовенозных отеков верхних конечностей давно используют эластичные бинты, что на сегодняшний день считается малоэффективным. В настоящее время разработаны специальные эластичные контурные изделия (компрессионные рукава, перчатки), предусматривающие создание необходимого лечебного давления и правильного распределения его по поверхности конечности, которые более удобны и эстетичны.

Правильно подобранный компрессионный рукав создает градиентное давление на верхнюю конечность: максимальное в дистальных отделах (в области запястья) и минимальное в области плеча и предплечья.

В нашем исследовании компрессионные рукава «Sigvaris» швейцарской фирмы «Ganzoni & CIE AG» в индивидуальных программах реабилитации были рекомендованы 105 женщинам с постмастэктомическим отеком.

В 89-ти случаях компрессионные рукава использовались с целью реабилитации, у 16-ти пациенток они являлись средством профилактики лимфовенозного отека.

Результаты реабилитации оценены в 76-ти случаях. Уменьшение постмастэктомического отека наблюдали у 55-ти пациенток – 72,3%.

Незначительный эффект или его отсутствие при использовании компрессионного рукава у больных с III-IV степенью лимфовенозного отека.

Компрессионный рукав «Sigvaris» обладает хорошими гигиеническими свойствами, подходит для повседневной эксплуатации в домашних условиях, а также для занятий лечебной физкультурой.

Выводы

1. В структуре первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований у женщин рак молочной железы занимает лидирующее место.

2. Постмастэктомический синдром встречается почти у всех женщин, перенесших комплексное лечение по поводу РМЖ.

3. Наиболее частым симптомом постмастэктомического синдрома является лимфовенозный отек верхней конечности – 95%.

4. Использование современных комплексных методов реабилитации у инвалидов вследствие рака молочной железы, в том числе применение высококачественного компрессионного белья, дает возможность значительно повысить качество жизни этой категории больных.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ

Плотникова Н.И.

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

Первичная инвалидность является одним из важных показателей здоровья населения.

Проведен анализ первичной инвалидности вследствие психических расстройств в Курганской области за 2005 - 2007 гг.

Как свидетельствуют данные проведенного исследования, в динамике за 3 года отмечалось снижение первичной инвалидности (в абсолютных цифрах). Число впервые признанных инвалидами (ВПИ) среди взрослого населения области уменьшилось с 418 человек в 2005 г. до 399 человек в 2006 г. и до 260 человек в 2007 году.

Изучение распределения ВПИ вследствие психических расстройств по месту проживания показало преобладание на протяжении 3 лет (2005, 2006, 2007 гг.) удельного веса городских жителей: 66,3, 62,2 и 53,0 % соответственно. В то же время, с 2005 года отмечалось увеличение доли инвалидов из числа сельских жителей - с 33,7 % в 2005 г. до 37,8 % в 2006 г. и до 47,0% в 2007 г.

Особое значение имеет анализ динамики инвалидности среди лиц трудоспособного и пенсионного возраста. Число инвалидов трудоспособного возраста увеличилось с 268 человек в 2005 г. до 283 человек в 2006 г., а затем уменьшилось до 176 человек в 2007 г. Число инвалидов пенсионного возраста уменьшилось со 150 человек в

2005 г. до 116 человек в 2006 г. и до 84 человек в 2007 г. В связи с этим в структуре первичной инвалидности по возрасту в 2005 - 2007 гг. преобладали лица трудоспособного возраста: 64,1%, 70,9% и 68,0% соответственно.

У лиц пенсионного возраста наиболее высокими показатели первичной инвалидности были в 2005 г., что обусловлено введением в жизнь нового Закона о трудовых пенсиях и Федерального закона № 122, расширявших социальные гарантии для лиц, являющихся инвалидами, в результате чего число обращений в бюро МСЭ увеличилось.

При анализе распределения ВПИ по полу установлено, что с 2005 г. по 2007 г. преобладал и незначительно уменьшался удельный вес мужчин - с 52,9% в 2005 г. до 51,4% в 2006 г., и до 50,8% в 2007 г. Удельный вес женщин увеличился с 47,1% в 2005 г. до 48,6% в 2006 г. и до 49,2% в 2007 г.

Первичная инвалидность изменилась не только количественно, но и качественно. Анализ распределения ВПИ по группам инвалидности показал, что с 2005 г. происходило уменьшение удельного веса инвалидов 1 группы - с 22,8 до 10,4% в 2007 г. Доля инвалидов 2 группы незначительно увеличилась с 34,4% в 2005 г. до 37,6% в 2007 г. Удельный вес инвалидов 3 группы увеличился с 42,8% в 2005 г. до 52,0% в 2007 г.

Всего за 3 года (2005-2007) инвалидами вследствие психических расстройств впервые признаны 1077 человек, в том числе 519 женщин и 558 мужчин (женщины составили 48,2%, мужчины - 51,8%).

Таким образом, анализ первичной инвалидности вследствие психических расстройств в Курганской области за 2005 - 2007 гг. позволяет сделать следующие выводы:

1. За 3 года в Курганской области отмечалось уменьшение числа впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств.

2. Большую часть составляли инвалиды, проживающие в городской местности. Их доля в среднем составляла 60,5%.

3. Более половины (67,7%) лиц, впервые признанных инвалидами, находилось в трудоспособном возрасте.

4. На протяжении 3 лет наблюдалось преобладание удельного веса мужчин (51,7%).

5. В динамике за 3 года отмечалось уменьшение доли инвалидов 1 группы, увеличение - 3 группы.

Полученные данные необходимо учитывать при разработке комплексных программ реабилитации данной категории инвалидов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ

Бессонова Т.А., Томилова И.В.

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

Заболевания, приведшие к инвалидности, ограничивают человека в его личностном, социальном и экономическом статусе, обуславливают снижение уровня жизнедеятельности.

Болезнь и инвалидность - это реальные трудности, под влиянием которых изменяется отношение к миру, к себе, к окружающим людям.

Ситуация, вызванная инвалидностью, может сопровождаться угнетённым состоянием, стойкой депрессией, навязчивой зафиксированностью на своей болезни. Инвалиды нередко теряют способность объективно оценивать ситуацию, своё отношение к ней.

Длительное снижение настроения, ипохондрия приводят к сужению зоны жизненного комфорта и ослаблению связей с миром. Тревога за здоровье усиливает страх приближения смерти.

У инвалида могут наблюдаться приступы тоски, гнева, депрессии, дисфории, агрессии и уход в болезнь как меры нерациональной психологической защиты в новой жизненной ситуации. Необходимо диагностировать признаки подавленности, которые проявляются угнетённостью, унынием, грустью;ощущаются в речи (тихая, медленная), мимике (скорбное выражение лица), позе (понурая, с опущенными головой, руками), а также в чувстве беспомощности, безнадёжности и душевного дискомфорта.

Если у человека нет ожидания положительного результата лечения и улучшения самочувствия, то может появиться безнадёжность, апатия.

Иногда у инвалида формируется негативная в социальном плане психологическая защита: происходит обесценивание льгот. На это тоже стоит обратить внимание. Инвалиды могут огульно ругать всех, жаловаться на близких, врачей, проявлять недоброжелательность к эксперту.

Тревожно-мнительные люди, психастеники, напротив, не спят ночами перед освидетельствованием, очень переживают. Многие из них сетуют на то, что «приходится доказывать, что белое есть белое, а чёрное есть чёрное». Инвалиды могут ощущать полную беспомощность, невозможность удержаться в жизни, а также демонстрировать отсутствие перспективы. Некоторые из них могут проявлять неприятие ситуации и факта инвалидности. Предъявляются обвинения вовне, характер изменяется в сторону психопатизации или (нередко) инвалиды ищут забвение в алкоголе, после чего часто следует распад семьи.

Немаловажно отношение самого больного человека к факту инвалидизации. С получением инвалидности, влекущей изменение трудового статуса или невозможность продолжать работу, может изменяться отношение к себе, к семье и к социальному окружению.

Жизнь - базовая ценность, а для некоторых инвалидов «стремление продолжать жить - это геройство», требуется мужество, а его не хватает. При этом могут наблюдаться затянувшиеся депрессии, чреватые опасностью суицида. Отсюда возникает настоящая потребность в помощи психотерапевта. Возможен путь осознания возникшей реальной трудности со стремлением сделать свой выбор за счёт упорядочивания своего внутреннего мира.

Реальная сложность в деятельности экспертов - приземлённость людей. Сама жизнь не воспринимается как базовая ценность, оценки идут на бытовом уровне.

Инвалида необходимо ориентировать на посильный труд, доброжелательное отношение к родным и близ-

ким, умение ценить их заботу, участие и проявление ответных чувств. Постараться объяснить инвалиду, как важно оставаться причастным к социальной жизни.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ

*Комарова Н.К., Мельникова Н.В., Харисова Л.И.
Федеральное государственное учреждение «Главное
бюро медико-социальной экспертизы по Курганской
области», г. Курган*

Инвалидность вследствие болезней системы кровообращения (БСК) является актуальной проблемой, так как в структуре первичной инвалидности она занимает лидирующее положение. Так, в 2005 г. из 13670 человек, впервые признанных инвалидами (ВПИ), количество инвалидов вследствие БСК составило 6599 человек (или 48,27%); в 2006 г. из 13327 человек ВПИ – 6699 инвалиды вследствие БСК (или 50,27%); в 2007 г. из 9353 человек ВПИ - 4387 инвалиды вследствие БСК (или 46,9%).

На 10 тысяч взрослого населения первичная инвалидность вследствие болезней системы кровообращения составила в 2005 г. – 81,2; 2006 г. – 85,77; 2007 г. – 56,28.

Большую долю первичной инвалидности в структуре болезней системы кровообращения составляет инвалидность вследствие гипертонической болезни. Из общего числа ВПИ вследствие БСК составили больные гипертонической болезнью: в 2005 г. из 6599 человек - 2024, или 30,67%; в 2006 г. из 6699 человек - 2412, или 36%; в 2007 г. из 4387 человек - 1288, или 29,35 %.

В расчете на 10 тыс. взрослого населения первичная инвалидность по гипертонической болезни в 2005 г. – 33,4; в 2006 г. – 30,9; в 2007 г. – 16,5.

Прослеживается явное снижение первичной инвалидности как в общем по болезням системы кровообращения с 6599 человек в 2005 г. до 4387 человек в 2007 г., так и по гипертонической болезни с 2024 человек в 2005 г. до 1288 человек в 2007 г. На 10 тысяч населения с 33,4 в 2005 г. до 16,5 в 2007 г.

Рассмотрим структуру первичной инвалидности вследствие гипертонической болезни по возрастным группам.

Таблица 1

	2005	2006	2007
Гипертоническая болезнь	2024	2412	1288
На 10 тысяч населения	33,4	30,9	16,5
Пенсионеры	1497 (74%)	1874 (77,7%)	900 (70%)
На 10 тысяч населения	70,7	106,4	42,4
Трудоспособные	527 (26%)	538 (22,3%)	388 (30%)
На 10 тысяч населения	13,4	8,9	6,8

В структуре первичной инвалидности вследствие гипертонической болезни преобладают инвалиды пенсионного возраста (74% - в 2005г., 78% - в 2006 г., 70% - в 2007 г.), тогда как инвалиды трудоспособного возраста составляют 26% - в 2005 г., 22% - в 2006 г., 30% - в 2007 г. Однако, обращает на себя внимание увеличение удельного веса ВПИ в трудоспособном возрасте.

Таблица 2

Гипертоническая болезнь по группам инвалидности

	Трудоспособные			Пенсионеры		
	1гр.	2гр.	3гр.	1гр.	2гр.	3гр.
2005	-	357	170	4	1023	470
2006	-	176	362	1	749	1124
2007	-	88	300	3	177	720

В структуре первичной инвалидности вследствие гипертонической болезни преобладают инвалиды 3 группы как в пенсионном, так и в трудоспособном возрасте.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что с 2005 г. по 2007 г. в Курганской области наблюдалось значительное уменьшение числа впервые признанных инвалидами вследствие гипертонической болезни, преобладание доли инвалидов 3 группы, увеличение удельного веса инвалидов трудоспособного возраста.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2004-2007 ГОДЫ

Рябченко О.В., Клюшина Л.М., Крутякова М.Д.
Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

Инвалидность является не только индикатором здоровья нации, уровня социально-экономического развития, но и инфраструктуры социальной политики государства.

Табл. 1 отражает результаты первичных освидетельствований граждан 18 лет и старше в 2004-2007 годах.

Таблица 1

Результаты первичных освидетельствований граждан 18 лет и старше в 2004-2007 гг.

Годы	Признано инвалидами	В т.ч. по возрасту			
		Трудоспособного возраста	%	Пенсионного возраста	%
2004	8666	3967	45,7	4699	54,3
2005	13670	4592	33,6	9078	66,4
2006	13327	4458	33,5	8869	66,5
2007	9353	3599	38,5	5754	61,5

По сравнению с 2004г. число впервые признанных инвалидами (ВПИ) в 2005 -2006гг. резко увеличилось. Темп роста в 2005г. составил 54,1%, в 2006г. -53,8%. Это обусловлено введением новых положений Федерально-

го закона № 122, что способствовало значительному увеличению обращений в бюро медико-социальной экспертизы, главным образом лиц пенсионного возраста.

В 2007г. число ВПИ среди взрослого населения области уменьшилось до 9353 чел. Уровень первичной инвалидности взрослого населения в Курганской области в 2004-2007гг. отражен в табл. 2.

Таблица 2

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в Курганской области в 2004-2007гг.

Годы	Взрослого населения	Трудоспособного населения	Пенсионного возраста
2004	110,5	62,1	249,7
2005	174,4	75,6	518,4
2006	170,6	73,7	503,3
2007	120,0	63,4	271,4

За анализируемый период первичная инвалидность взрослого населения со 110,5 на 10 тыс. взрослого населения в 2004г. увеличилась до 174,4 в 2005г. и уменьшилась до 170,6 в 2006 г. Прирост инвалидности составил 57,8% в 2005г., 54,4% в 2006г. В 2007г. первичная инвалидность снизилась до 120,0 на 10 тыс. населения. Анализ первичной инвалидности с учетом возраста показал, что в 2004г. число ВПИ трудоспособного и пенсионного возраста отличалось незначительно и в процентном отношении выглядело так: 45,7% лица трудоспособного возраста, 54,3% лица пенсионного возраста. Начиная с 2005г. число ВПИ пенсионного возраста стало почти в 2 раза больше. 33,6-36,5% лица трудоспособного возраста, 66,4-66,5% лица пенсионного возраста.

В 2007 г. структура первичной инвалидности по возрасту изменилась в сторону уменьшения доли лиц пенсионного возраста до 61,5% и увеличения процента лиц трудоспособного возраста до 38,5%. Уровень первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста увеличился с 62,1 на 10 тыс. населения в 2004 г. до 75,6-73,7 в 2005 г. и 2006 г. соответственно. Темп роста составил 13,5-11,6%. Уровень первичной инвалидности лиц пенсионного возраста увеличился значительно: с 249,7 на 10 тыс. населения пенсионного возраста в 2004г. до 518,4 и 503,3 в 2005-2006 гг. Темп роста 63,9-60,1%. В 2007г. произошло снижение первичной инвалидности среди лиц пенсионного возраста до 271,0 на 10 тыс. населения.

При анализе первичной инвалидности по полу выявлено, что среди ВПИ преобладают женщины: 53,4%-56,8%-53,1%.

Причем среди ВПИ женщин лица трудоспособного возраста составляют 22,9-26,6%, пенсионного возраста 77,1-73,4%.

Соотношение ВПИ по группам за анализируемый период изменилось в сторону увеличения доли инвалидов III группы с 31,5% в 2004 г. до 53,1% в 2007 г. Доля инвалидов I и II группы уменьшилась.

Анализ первичной инвалидности по классам болезней показал, что наиболее заметным было увеличение числа инвалидов вследствие болезней системы кровообращения (БСК) с 3639 чел. в 2004 г. до 6599 и 6699 чел. в 2005-2006 гг. В 2007 г. это число снизилось до 4387 чел.

Среди ВПИ вследствие болезней системы кровооб-

ращения преобладали инвалиды пенсионного возраста.

Уровень первичной инвалидности вследствие БСК в Курганской области высок. Колебания с 2005 г. по 2007 г. составили 66,5-85,7-56,2 на 10 тыс. взрослого населения.

Выводы

1. Уровень первичной инвалидности среди взрослого населения Курганской области в 2004-2007 гг. значительно вырос за счет лиц пенсионного возраста.

2. В структуре первичной инвалидности первое место занимают БСК. Развитие этих болезней тесно связано с возрастом и постарением населения и является основной причиной инвалидности среди ВПИ пенсионного возраста в 2004-2007 гг.

3. Инвалидность является медико-демографической проблемой. Среди ВПИ преобладают инвалиды пенсионного возраста, женщины, что отражает тенденции демографической ситуации в Российской Федерации.

ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Николаева Е.В., Киреев А.В.

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курганской области», г. Курган

Комплексная реабилитация инвалидов должна осуществляться с учетом их потребностей в различных видах медико-социальной помощи.

Проведено изучение структуры потребностей 212-ти инвалидов вследствие эпилепсии, проходивших освидетельствование в филиале №7 (психиатрическое) ФГУ «Главное бюро МСЭ по Курганской области» в 2007 году. Анализ показал, что основными видами комплексной реабилитации данного контингента инвалидов являются медицинская, социальная и, в меньшей степени, профессиональная реабилитация.

В мерах медицинской реабилитации нуждаются практически все инвалиды вследствие эпилепсии: в амбулаторном лечении – 100,0%, в стационарном лечении – 44,8%. Из видов восстановительной терапии наибольшая потребность отмечается в фармакотерапии – 100,0%.

Велика потребность инвалидов с данной патологией в различных видах социальной помощи – в 100,0% случаев. Так, в социально-средовой ориентации нуждаются 72,3% инвалидов, в социально-бытовой информации – 85,9%, в социально-бытовой адаптации – 77,8%, в психологической коррекции семейно-бытовых отношений – 68,3%, в социально-правовой помощи – 63,2%.

Потребность инвалидов в технических средствах реабилитации составляет 8,5%.

Важной формой реабилитации инвалидов вследствие эпилепсии является профессиональная реабилитация, которая предусматривает как приобретение новой профессии путем обучения, так и рациональное трудоустройство с учетом профессиональных знаний

и квалификации. Потребность данного контингента инвалидов в профессиональной реабилитации составляет 32,1%.

Среди обследованных инвалидов значительных различий показателя по полу не выявлено.

Как показали результаты исследования, потребность инвалидов вследствие эпилепсии в различных видах реабилитации с учетом возраста и тяжести инвалидности имеет некоторые особенности. Высокая потребность инвалидов в медицинской реабилитации отмечена у инвалидов всех групп и во всех возрастных группах, составляя 100,0% случаев. Потребность инвалидов в социальной реабилитации велика во всех возрастных группах. Прежде всего, нуждаются инвалиды I группы всех возрастов - в 100,0% случаев, несколько меньше – инвалиды II и III группы в старших возрастных группах – 95-98%. Потребность в обучении жизненным навыкам зависит от тяжести инвалидности и возраста. Самая высокая потребность в этом виде реабилитации у инвалидов I группы, у которых она составляет 100,0% от общего числа. Потребность в профессиональной реабилитации с возрастом уменьшается. Она выше всего у инвалидов III группы молодого и среднего возраста, которые в 100,0% случаев нуждаются в этом виде реабилитации.

В социальной помощи нуждаются 100,0% инвалидов. Этот показатель в социальном плане является неблагоприятным и прежде всего свидетельствует о низком уровне жизни инвалидов.

Таким образом, инвалиды вследствие эпилепсии имеют дифференцированную потребность в различных видах реабилитации, что необходимо учитывать при разработке комплексных программ реабилитации и оказания адресной социальной помощи данной категории инвалидов.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ОСНАЩЕНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ

1. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР № 8 от 19.01.1989 г. «О состоянии и мерах по дальнейшему совершенствованию кардиологической помощи населению РСФСР».
2. Приказ Курганского областного отдела здравоохранения № 345 от 05.09. 1989 г. «О реорганизации областной больницы № 2 в областной кардиологический диспансер».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 283 от 30.11.1993 г. «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения РФ».
4. Приказ Курганского областного отдела здравоохранения № 77 от 14.03.1994 г. «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях Курганской области».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 132 от 02.08.1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики в учреждениях здравоохранения РФ».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 380 от 25.12.1997 г. «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 45 от 07.02.2000 г. «О системе мер по повышению качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».
8. Приказ Министерство здравоохранения РФ № 337 от 20.08.2001 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физкультуры».
9. Приказ Министерство здравоохранения РФ № 4 от 24.01.2003 г. «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации».
10. Приказ Министерство здравоохранения РФ и социального развития № 753 от 01.12.2005 г. «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений, муниципальных образований».

Приложение 2

СИСТЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО
ДИСПАНСЕРА**

Табель оснащения медицинской техникой поликлиники на 300 посещений в смену

№ п/п	Наименование	Минимальное количество (шт.)
1	2	3
Кабинет невролога		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Прибор для измерения артериального давления 1.2.Динамометр медицинский ручной 1.3. Камертон медицинский	1 1 1
2	Прочие медицинские изделия: 2.1. Фонендоскоп 2.2 Молоточек неврологический диагностический 2.3.Кушетка 2.4. Лента сантиметровая	1 1 1 1
Кабинет процедурный		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Прибор для измерения артериального давления 1.2.Стерилизатор суховоздушный 1.3.Облучатель бактерицидный 1.4. Камера для хранения стерильных инструментов	1 1 1 1
2	Прочие медицинские изделия: 2.2.Шкаф медицинский для хранения медикаментов 2.3. Ширма медицинская 2.4.Инструментальный шкаф 2.5.Манипуляционный стол 2.6. Стетофонендоскоп 2.7.Емкости для хранения дезинфекционных средств 2.8.Лоток 2.9.Пинцет 2.10.Бинты 2.11. Кушетка	1 1 1 1 1 1 10 12 3 1
3	Бытовая и оргтехника: 3.1. Холодильник 3.2. Кондиционер 3.3. Фонарь или аккумуляторная батарея для аварийного освещения	1 1 1
Кабинет лечебной физкультуры		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Велоэргометр (тренажер) 1.2.Аппарат для вибромассажа 1.3.Весы медицинские 1.4.Аппарат для измерения артериального давления 1.5.Динамометр медицинский 1.6.Секундомер	4 1 1 2 2 2
2	Прочие медицинские изделия: 2.1.Угломер 2.2.Стетофонендоскоп	1 2

Приложение 2

1	2	3
3	Спортивный инвентарь: 3.1.Гантели 3.2.Мячи 3.3.Палки 3.4.Обручи 3.5.Тренажер «Беговая дорожка» 3.6.Тренажер «Гребля» 3.7.Тренажер для верхнего плечевого пояса	10 пар 20 20 20 1 1 1
4	Бытовая и оргтехника: 4.1.Кондиционер	2*
Отделение реанимации и интенсивной терапии на 6 коек		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Аппарат наркозно-дыхательный 1.2.Дефибриллятор 1.3.Прикроватный суточный монитор реаниматолога 1.4.Реанимационный комплекс 1.5.Электрокардиостимулятор временный 1.6.Пульсоксиметр 1.7.Комплекс мониторно-компьютерного наблюдения 1.8.Аппараты для длительных внутривенных вливаний 1.9.Тонометры для измерения артериального давления 1.10.Сухожаровой шкаф для стерилизации инструментов 1.11.Дозаторы для внутривенного введения лекарственных препаратов 1.12.Камера для хранения стерильного инструментария 1.13.Рециркуляторная лампа бактерицидная настенная	2 3 6 1 4 3 1 12 3 1 2 2 1
2	Прочие медицинские изделия: 2.1.Кварцевые лампы 2.2.Стойки для капельниц 2.3.Мешок Амбу 2.4.Стетофонендоскопы 2.5.Кресло-каталка 2.6.Каталка для лежачих больных 2.7.Кровати функциональные	4 8 1 4 2 1 6
3	Бытовая и оргтехника: 3.1.Холодильник 3.2.Электроплитка 3.3.Кондиционер 3.4.Фонарь или аккумуляторная батарея для аварийного освещения	2 2 1* 3
Кардиологическое отделение на 31 койку		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Электрокардиограф одноканальный 1.2.Дефибриллятор 1.3.Система для суточного мониторирования ЭКГ 1.4.Сухожаровой шкаф 1.5.Дозаторы для внутривенного введения лекарственных препаратов 1.6.Камера для хранения стерильного инструментария 1.7.Рециркуляторная лампа	1 1 2 1 2 1 1
2	Прочие медицинские изделия: 2.1.Стойки для капельниц	10

1	2	3
3	Бытовая и оргтехника: 3.1.Холодильник 3.2.Компьютер 3.3.Кондиционер	2 1 2*
Клинико-диагностическая лаборатория		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Гематологический автоанализатор 1.2.Автоматический анализатор глюкозы 1.3.Селективный биохимический анализатор 1.4.Система микролит для определения электролитов 1.5.Система электрофореза 1.6.Параллельный биохимический анализатор проб. 1.7. Автоматический анализатор мочи на полосках 1.8. Центрифуга лабораторная 1.9.Фотоколориметры 1.10.Рефрактометр 1.11.Гемоглобинометр 1.12.Автоматический счетчик форменных элементов крови 1.13.Коагулометр оптико-механический 1.14.Термостат 1.15.Термостат суховоздушный 1.16.Аквадистиллятор 1.17.Микроскоп бинокулярный с иммерсией 1.18.Весы торсионные 1.19.Микроцентрифуга 1.20.Весы чашечные	1 1 1 1 1 1 1 4 2 1 1 1 2 1 1 3 2 1 2
2	Прочие медицинские изделия: 2.1.Комплект жидкостно-дозирующих устройств 2.2.Аппарат для окраски мазков крови 2.3.Спиртовки медицинские	1 2 2
3	Бытовая и оргтехника: 3.1.Кондиционер 3.2.Холодильник 3.3.Плитка электрическая 3.4.Компьютер	3* 4 1 1
Кабинет окулиста		
1	Медицинское оборудование: 1.1. Тонометр для измерения внутриглазного давления через веко, цифровой, портативный 1.2. Офтальмоскоп 1.3. Офтальмоскоп ручной 1.4.Прибор для измерения артериального давления 1.5.Лампа щелевая 1.7. Линейка склероскопическая 1.8. Офтальмоскоп зеркальный 1.9. Офтальмологическая установка 1.10. Облучатель бактерицидный 1.11. Прибор для измерения внутриглазного давления 1.12. Цветотест 1.13. Периметр для определения полей зрения 1.14. Электростимулятор для лечения миопии 1.15. Очковая оправа	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2

Приложение 2

1	2	3
2	Прочие медицинские изделия: 2.1. Набор пробных очковых линз 2.2.Лупа 2.3. Линза Гольдмана 2.4. Емкости для хранения дезсредств 2.5. Пинцеты 2.6. Биксы 2.7. Лоточки 2.8. Стол инструментальный 2.9. Стол манипуляционный 2.10. Осветитель для таблиц 2.11. Стетофонендоскоп 2.12.Набор цветных объектов 2.13.Настольная лампа для врача 2.14. Тонометр Маклакова 2.15. Светотест	2 2 1 5 5 2 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
3	Бытовая и оргтехника: 3.1. Холодильник 3.2. Плитка электрическая 3.3. Кондиционер	1 1 1
Отделение лучевой диагностики		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Универсальный ультразвуковой сканер экспертного класса 1.2.Ультразвуковой сканер для допплерографии сосудов 1.3.Компьютерный томограф спиральный 1.4.Аппарат рентгеновский дентальный стационарный 1.5.Рентгеновский комплекс для ангиографии 1.6.Цифровой стационарный рентгеновский аппарат на три рабочих места 1.7.Стационарный дозиметр для регистрации дозы облучения пациента во время процедуры 1.9.Негатоскоп	2 1 1 1 1 1 4 шт. 1
2	Прочие медицинские изделия: 2.1.Баки проявочные 2.2.Фонарь фотолабораторный 2.3.Проявочные машины 2.4.Комплект защитного и вспомогательного оборудования для проведения исследований	1 1 2 1
3	Бытовая оргтехника: 3.1.Кондиционеры 3.2.Компьютер	3 1
Отделение функциональной диагностики		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Электрокардиограф 6- канальный 1.2.Электрокардиограф 12- канальный 1.3.Электрокардиограф одноканальный переносной 1.4.Ультразвуковой сканер с кардиопакетом 1.5.Ультразвуковой сканер экспертного класса с кардиопакетом 1.6.Система суточного холтеровского мониторирования ЭКГ 1.7.Носимые блоки для суточного мониторирования ЭКГ 1.8.Система суточного мониторирования артериального давления 1.9.Носимые блоки для суточного мониторирования артериального давления 1.10.Нагрузочный комплекс типа «Валента» с велозергометром	5 3 1 2 1 5 25 3 10 2

Приложение 2

1	2	3
	1.11.Тредмил 1.12.Спирограф 1.13.Реоэнцефалограф типа «Валента» 1.14.Электроэнцефалограф типа «Валента» 1.15.Электрокардиостимулятор для чреспищеводных электрофизиологических исследований 1.16.Дефибриллятор 1.17.Дистанционно-диагностический комплекс «Волна»	2 1 1 1 3 2 1
2	Бытовая оргтехника: 2.1.Компьютер 2.2.Кондиционер	1 5
Кабинет кардиолога		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Аппарат для измерения артериального давления 1.3.Весы медицинские с ростомером	1 1
2	Прочие медицинские изделия: 2.1.Стетофонендоскоп 2.2.Кушетка	1 1
Кабинет отоларинголога		
1	Медицинское оборудование: 1.1.Стерилизатор сухожаровый 1.2.Камера для хранения стерильных инструментов 1.3.Аудиометр 1.4.Прибор для массажа ушной перепонки 1.5.Тонзилор 1.6.Электроотсасыватель 1.7.Облучатель бактерицидный 1.8.Ультразвуковой аппарат для обработки инструментария 1.9.Термометр 1.10.Камертон 1.11.Стерилизатор суховоздушный 1.12.Светильник бестеневой	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2	Прочие медицинские изделия: 2.1.Шпатель 2.2.Рефлектор лобный 2.3.Наборы для отоларинголога 2.4.Лоток 2.5.Емкости для хранения дезинфекционного средства 2.6.Биксы 2.7.Спиртовка 2.8.Кресло Барани 2.9.Кресло отоларинголога 2.10.Инструментальный стол 2.11.Стол манипуляционный	10 1 1 1 1 1 40 10 4 1 1
3	Бытовая и оргтехника: 3.1.Электроплитка 3.2.Холодильник	1 1

СОДЕРЖАНИЕ

I. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Склляр Е.И.	
ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	4
Жевлакова Л.С., Васильева Т.В.	
ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ЗАУРАЛЬЯ: ПО СТРАНИЦАМ ПУБЛИКАЦИЙ	4
Васильева А.М.	
КУРГАНСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 20-Х ГОДОВ ХХ ВЕКА	6
Дёмина Т.В., Макарова И.Г., Поляков В.И., Штин Е.В.	
АНАЛИЗ ПРЕДЪЯВЛЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ОПЛАТЕ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С РЕЗУЛЬТАТОМ «СМЕРТЬ» ЗА 2006–2007 ГОД И АКТОВ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ЗАКЛЮЧЕНИЯМИ ВНУТРИВЕДОМСТВЕННОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	9
Петровская Е.В.	
ИНФОРМАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СИСТЕМЫ ОМС	10
Путина Н.Ю., Пузырева О.Н.	
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ	11
Дюльдин В.А., Комарницкий Б.В., Александров М.Ю.	
К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПРИ ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	13
Валеев И.И.	
ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В РЕЕСТРАХ ЛПУ ПО СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ	14
Головина Г.Н.	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СПОРТСМЕНОВ ЗА 2007 ГОД ПО ДАННЫМ ГУ «КОВФД»	15
Ярыгина Л.Б.	
РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕТОДОМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ	15
Шишкина Т.Н., Мелентьева Е.Ю.	
НОВЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ ГУ «КУРГАНСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»	15
Дик И. Ю.	
СОЗДАНИЕ, СТАНОВЛЕНИЕ И РАБОТА ЕДИНОГО КОМПЬЮТЕРНОГО РЕГИСТРА ГРАЖДАН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ НА ПО «МАЯК»	17
Дик И. Ю.	
ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КУРГАНСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ	17
Кауфман О.А., Ежова С.В.	
РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АРВ – ТЕРАПИИ ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ИЗ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ	18
Кауфман О.А., Фурманова Т.И.	
ОПЫТ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ/СПИДЕ В Г. КУРГАНЕ В 2007 ГОДУ	19
Лукина М.В.	
ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ: ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ	20

II. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Ерохин А.Н., Мезенцева Н.В., Верхотурцева Л.П., Катайцева И.А., Сафонова А.В.	
ДИНАМИКА ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ В ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД	22
Ерохин А.Н., Мезенцева Н.В., Верхотурцева Л.П.	
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЛОДА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС БЕРЕМЕННОЙ В ПОЗДНИЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД	22

Коркина Т.А.	
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, ОСЛОЖНЕНИЙ, СВОЕВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	23
Кауфман О.А., Мазеина С.В.	
АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМИ МАТЕРЯМИ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2000 ПО 2008 ГОДЫ	25
Мазеин Д.А.	
АВТОМАТИЗАЦИЯ СБОРА И АНАЛИЗА СЛУЧАЕВ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ	26
Ботникова Ю.С., Скляр Л.В., Ручкин В.И., Пономарева М.Н.	
СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ РОДДОМА №1 Г. КУРГАНА	28
Бездомова Т.В.	
ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ «ГРИППОЛЬ» НА УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.ШАДРИНСКА	28
Карпов А.М., Сахатский С.И., Шарипов Г.Б.	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СТУДЕНТАМИ КУРГАНСКОГО БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	29
Тарасова А.А.	
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	30
Шамсутдинов Р.Р.	
СИНДРОМ РЕТТА	31
Шамсутдинов Р.Р.	
ТЕНЗОР КАК ВОЗМОЖНАЯ МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИКИ ЧЕЛОВЕКА	31
Бережнева Е.В., Ховрина Л.В.	
ГИПЕРАКТИВНОСТЬ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	32
Лешкова И.Б.	
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ	33
Казанцева О.А.	
ДИНАМИКА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ	34
Басова Л.М.	
ПЕЛЕНЧАТЫЙ ДЕРМАТИТ	35
Новикова Е.В., Кныш Е.В., Горячок И.Г.	
АРТЕРИАЛЬНЫЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	35

III. ТЕРАПИЯ

Соломка О.В.	
ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПERTЕНЗИИ	37
Сазонова Н.В., Диульдин В.В., Михайлова Е.А.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ВАЗИЛИПОМ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ I И II СТАДИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	37
Акулова О.А.	
МЕТОДИКА СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	38
Плотников Н.В., Хиева Е.В.	
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	39
Иванова Т.Н., Гизатулин А.И., Шатина И.Н.	
СТАТИНЫ - СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТОВ(ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ)	39
Зыкова Т.П., Ефимов А.В., Нужина Т.В	
СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙ ПОРФИРИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	40
Лабутина Н.В., Махнина Н.К., Чернов А.В.	
ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ У ЧЕЛОВЕКА И ДОМАШНИХ ЖИВОТНЫХ	41

Зайкина И.Ш., Кузнецова Н.В.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЧА КАК СОВРЕМЕННОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАХИАРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ ОКД	42
Моисеев В.Н.	
О ПРОБЛЕМАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОЛИКЛИНИКАХ И БОЛЬНИЦАХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	43
Труфанова Е.Г.	
ТОКСОКОРОЗ КАК ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	44
Мальков К.Л.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА (КРЕСТОЛА) У БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	44
Зырянова Н.И., Кудяшев П.Ю.	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛОКОМА В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	45
Пустынников В.М.	
КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	46
Оболдин И.М.	
ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ШАДРИНСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2006 ГОДЫ	46
Теренина Е.В.	
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ: МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	49

IV. ХИРУРГИЯ

Чернов А.В., Бевзюк А.Н., Анброх Г.Б., Ирьянов Ю.М., Радченко С.А., Чернов В.Ф.	
ОСОБЕННОСТИ АРХИТЕКТОНИКИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	51
Радченко С.А.	
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ	52
Васильченко А.Н., Куницын А.А., Чернов В.Ф., Радченко С.А.	
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ...	52
Михайлов Н.А.	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ И РЕЦИДИВНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УГЛЕРОДНОГО ИМПЛАНТАТА «КАРБОНИКУС» И СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА МАРКИ TH-10	53
Дисков В.В., Неверова Н.В., Мельникова О.С.	
ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ МАСТЭКТОМИЯ	54
Гаврильченко А.С.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В БСМП Г. КУРГАНА	54
Палина С.Ю., Чернов А.В., Чернов В.Ф., Радченко С.А.	
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СРЕДЫ И ИМПЛАНТАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА	55
Палина С.Ю., Чинарев Ю.Б., Чернов В.Ф.	
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МИКРОФЛОРЫ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНИРУЮЩИМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ	56
Осмоналиев Б.К., Лунтовский А.М., Шангареев Ф.Ф., Тыщенко О.Е., Пенина И.А.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЯЗОК PAUL HARTMANN ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ	57
Ручкин В.И., Осмоналиев Б.К., Робак А.Н.	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНВАГИНАЦИОННОГО ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА АППАРАТОМ КЦА НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА	57
Астафьев С.В., Астафьев Д.С.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ИНГАЛЯЦИОННОГО АНЕСТЕТИКА – СЕВОРАНА	58
Басов В.Ф.	
СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	59
Ручкин В.И., Семенов В.В., Иванникова И.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЭНДОСКОПИИ	59

Меркулов А.Н.	
АНАЛИЗ И СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЗА 3 ГОДА	60
Кязимов Ф.М., Заика В.И., Холодков В.А., Нестеров Ф.В.	
ПРОФИЛАКТИКА КОЛЛАПСА ПРИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ И НАРКОЗЕ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	60
Кязимов Ф.М., Заика В.И., Стефанович С.С., Шарыпов Д.В., Басов В.Ф.	
ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	61
Кязимов Ф.М., Заика В.И., Стефанович С.С., Николаев О.В.	
ПРОБЛЕМА ПОЛНОГО ЖЕЛУДКА В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ	62
Гречишkin A.K., Тихомирова E.H.	
ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА	63
Кочуров Н.В.	
СЛУЧАЙ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЁННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	63
Власов В.В., Балаев И.И., Балаев П.И., Николайчик П.Н., Фролова Н.И., Рязанов С.И.	
ЭКОНОМНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ РАКЕ	64
Гаврильченко С.В.	
ОПЫТ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ КУРГАНСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ	65
Шаравин М.Е., Ручкин В.И.	
ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ОПУХОЛЕЙ БСДК В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КОКБ ЗА ПЕРИОД С 2005 ПО 2008 ГОДЫ	66
Колпаков А.А., Ручкин В.И., Колпакова Г.И.	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	66
Суетин Г.Н.	
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЦЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ	67
Поляков П.Д., Спицын В.Г.	
БИОПСИЯ ПРОСТАТАЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЦРБ	67
Рязанов С.И., Робак А.Н.	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ	68

V. ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Швед С.И., Насыров М.З., Самусенко Д.В., Крылов В.А.	
ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕННОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ФАКТОРОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	70
Сазонова Н.В., Сизова Т.В., Кривоногова З.М.	
ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЕ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗАМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	70
Буравцов П.П.	
ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА	71
Кочегаров Е.Л., Маклакова Е.А.	
ТАКТИКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В РНЦ «ВТО»	72
Ерохин А.Н., Самохвалова О.Е., Смирнова Т.Л.	
ХОЛТЕРОВСКИЙ МОНИТОРИНГ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЕЙ I-II СТАДИИ	73
Ларионова Т.А., Карасев А.Г., Смотрова Л.А.	
ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНОГО КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА И ГОЛЕНИ ПО ИЛИЗАРОВУ	73
Карасева Т.Ю., Карасев Е.А., Островских Л.А.	
БОЛЕЗНЬ ГОФФА КОЛЕННОГО СУСТАВА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ	74
Менщикова Т. И., Мальцева Л.В.	
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ	75

Патраков В.В.	
РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В РЕПАРАТИВНОМ КОСТЕОБРАЗОВАНИИ	75
Куликова Э.И.	
ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИБОРА «ПЛАНТОСКОП» ДЛЯ ВИЗУАЛЬНОЙ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ КОРРЕКЦИЕЙ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ПЛОСКОСТОПИЯ	76

VI. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Коновалова О.С., Яркова Е.Э.	
АНАЛИЗ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И БАЗ ДАННЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	77
Пономарева М.Н.	
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДИКЛОФЕНАКА 0,1%.....	78
Пономарёва М.Н., Сазонов Н.Н., Кляшев С.М., Коновалова Н.А.	
ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И ИНДЕКС РЕАКТИВНОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА НА ФОНЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ	79
Гусева Е.И., Кныш Н.О., Гусев И.Т., Пономарева М.Н.	
СТРУКТУРА И ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ СТАЦИОНАРНОЙ КРИМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ	80
Лац А.С., Пономарёва М.Н., Кныш Н.О.	
ИЗМЕНЕНИЕ ПЛОТНОСТИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА ОТНОСИТЕЛЬНО ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕГО РАЗМЕРА ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА	80
Решетун Ю.М., Склляр Л.В., Ручкин В.И., Пономарева М.Н.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ	81
Пономарёва М.Н., Эльмер Л.И., Кляшев С.М., Коновалова Н.А.	
РОЛЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	82
Пономарева М.Н., Васильева В.В., Коновалова Н.А., Кляшев С.М.	
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ БИОЛОГИЧЕСКОМ СТАРЕНИИ	83
Фомина Н.В., Склляр Л.В., Ручкин В.И., Пономарева М.Н.	
СЛУЧАЙ ОРБИТАЛЬНОГО ТОКСОКАРОЗА НА ФОНЕ ИММУНОДЕПРЕССИИ	84

VII. ФИЗИОЛОГИЯ. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Смелышева Л.Н., Кузнецов А.П.	
ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ	85
Кузнецов А.П., Смелышева Л.Н., Сажина Н.В.	
НЕРВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА	86
Смелышева Л.Н., Сажина Н.В., Кривобокова В.А., Архипова О.А., Горбунова А.А., Савельева А.В.	
МОДУЛЯЦИЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В ПОДЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	87
Данилова А.В., Грязных А.В., Чернов А.В.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ И ГОРМОНОВ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ	87
Грязных А.В., Сорокин И.С., Грязных В.А., Костин А.В.	
ВЛИЯНИЕ СУБМАКСИМАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ НАГРУЗКИ НА СОДЕРЖАНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У СПОРТСМЕНОВ	88
Егорова Н.Л., Вехова Т.А.	
ФОРМИРОВАНИЕ УСТАНОВКИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	89
Ловыгина О.Н.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОЖИ И ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	90

Корюкин Д.А., Косолапов О.Н.	
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСТЕВОЙ ДИНАМОМЕТРИИ У СТУДЕНТОВ КУРГАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТОТИПАМИ	90
Чернов В.Ф., Данилова А.В., Ирьянов Ю.М., Чернов А.В.	
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДКА ПРИ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ	91
Колоскова В.П.	
НОВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СУДЕБНОЙ БИОЛОГИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ И КРОВИ ЧЕЛОВЕКА В СЛЕДАХ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ С ПОМОЩЬЮ НОВЫХ ТЕСТОВ ПСА-СЕМИКВАНТ И ГЕМ-ДИРЕКТ	92
Панова О.В.	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ФРАГМЕНТОВ КОСТЕЙ	92

VIII. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Рябченко О.В.	
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В 2005-2007 ГОДЫ	94
Киреев А.В., Николаева Е.В.	
ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	94
Бархатова Л.П., Шушарина Т.С., Бахарева О.В., Воинкова Т.П.	
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ	95
Цопанова О.Д.	
ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ ЗА 2005-2007 ГОДЫ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	96
Клюшина Л.М., Антипенко В.А., Мешков А.А., Бевзюк И.Б.	
ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	97
Плотникова Н.И.	
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ	98
Бессонова Т.А., Томилова И.В.	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ	98
Комарова Н. К., Мельникова Н. В., Харисова Л. И.	
ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ	99
Рябченко О.В., Клюшина Л.М., Крутякова М.Д.	
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2004-2007 ГОДЫ	100
Николаева Е.В., Киреев А.В.	
ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	101

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ОСНАЩЕНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА	102
--	-----

Научное издание

ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В МЕДИЦИНЕ

**40-Я НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ, ПОСВЯЩЕННАЯ 65 – ЛЕТИЮ
ОБРАЗОВАНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Редакторы: Н.А. Леготина
Н.Л. Попова

Подписано к печати
Печать трафаретная
Заказ

Формат 60x84 1/8
Усл.печ.л. 14,25
Тираж

Бумага типа №1
Уч. изд.л. 14,25
Цена свободная

РИЦ Курганского государственного университета.
640669, г. Курган, ул. Гоголя, 25.
Курганский государственный университет.