

ВЕСТНИК

Общественной организации
“Ассоциация хирургов
Иркутской области”

2014



ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Johnson & Johnson



**Boehringer
Ingelheim**



sanofi aventis

Because health matters

ALFA WASSERMANN



COVIDIEN

RICHARD
WOLF 

Общество с ограниченной ответственностью
СвемаСиб

AstraZeneca



OLYMPUS[®]

Your Vision, Our Future

Pfizer

Asfarma
InternationalPharmaMarketing

HARTMANN 


Байкал-Аметик
Быть в норме!

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE


SERVIER

STORZ
KARL STORZ—ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD


**ФОРМУЛА
РАЗВИТИЯ**

**СИБ
МЕД
КОМ**





Общественная организация «Ассоциация хирургов Иркутской области»
Министерство здравоохранения Иркутской области
ГБОУ ВПО "Иркутский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ
ФГБУ "Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии"
СО РАМН

Вестник

Общественной организации

«Ассоциация хирургов

Иркутской области»

Редакционная коллегия:

Главный редактор	Е.Г. Григорьев
Зам. гл. редактора	В.Е. Пак
	М.Б. Скворцов
	Ю.В. Желтовский
	В.В. Подкаменев
	С.П. Чикотеев

2014

Выпуск № 14

Орган издания ОО «Ассоциация хирургов Иркутской области»

Иркутск – 2014

УДК 616-089
ББК 51.1(2):54.5
В 38

Вестник Общественной организации «Ассоциация хирургов Иркутской области». — Иркутск: НЦРВХ СО РАМН, 2014. — 196 с.

В Вестнике представлены материалы XXI съезда (общего собрания) Общественной организации «Ассоциация хирургов Иркутской области», состоявшегося 25 апреля 2014 года. В данном томе приведены отчеты Президента Ассоциации, главных хирургов субъектов Сибирского Федерального округа, списки членов АХИО, а также статьи и тезисы членов АХИО.

Содержание

<i>Пак В.Е.</i> Отчет о деятельности правления Общественной организации «Ассоциация хирургов Иркутской области» за 2013 г.	8
<i>Корнилов Н.Г.</i> Хирургия Иркутской области в 2013 г.	10
<i>Состав общественной организации «Ассоциация хирургов Иркутской области»</i>	71

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ XXI СЪЕЗДА (ОБЩЕГО СОБРАНИЯ) ОО "АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ"

<i>Аксенов В.М.</i> Результаты функциональной эндоскопической хирургии при инвертированном папилломатозе гортани	60
<i>Аксенов В.М.</i> Результаты интраоперационной диагностики при раке гортани	60
<i>Аксенов В.М.</i> Результаты протезирования голоса при раке гортани	60
<i>Белобородов В.А., Шелест В.Л., Шелест П.В.</i> Анализ обоснованности отказов в госпитализации при некоторых хирургических заболеваниях органов брюшной полости	61
<i>Белобородов В.А., Голуб И.Е., Астапенко И.В., Дертышников Е.Г., Хакимов В.М., Хэ А.Н.</i> Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi	62
<i>Белобородов В.А., Кельчевская Е.А., Агеенко В.А.</i> Особенности диагностики атипичных форм острого аппендицита	64
<i>Белоногов А.В., Лалетин В.Г., Маточкин В.В.</i> Первый опыт лапароскопической гастрэктомии при раке желудка	65
<i>Белоногов А.В., Лалетин В.Г., Улыбин П.С.</i> Торакоскопические вмешательства в диагностике и лечении заболеваний легких, средостения и плевры	66
<i>Белоногов А.В., Журавлев С.В., Лалетин В.Г., Маточкин В.В.</i> Эндоскопическое лечение опухолевых стенозов пищевода и кардиального отдела желудка	67
<i>Белоногов А.В., Лалетин В.Г., Маточкин В.В.</i> Лапароскопическая проксимальная резекция желудка	68
<i>Белоногов А.В., Лалетин В.Г.</i> Итоги работы эндоскопической службы областных лечебных учреждений в 2013 году	69
<i>Белоногов А.В., Лалетин В.Г., Мутин Н.А., Павлова С.Ю.</i> Итоги работы эндоскопической службы лечебных учреждений Иркутска в 2013 году	72
<i>Боковиков М.А., Костогрызов А.Е., Маханёк Д.Н., Сафьянников Л.П.</i> Случай применения интраабдоминальной атензионной герниопластики у больного с ущемленной гигантской п/о вентральной грыжей и спаечной кишечной непроходимостью	74
<i>Брегель А.И., Хантаков А.М., Мутин Н.А., Данчинов В.М.</i> Эндоскопическая диагностика острой опухолевой непроходимости толстой кишки	75
<i>Брегель А.И., Евтушенко В.В., Алексеев А.А., Андреев В.В.</i> Эндоскопическая диагностика кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода	76
<i>Брегель А.И., Евтушенко В.В., Хантаков А.М., Мутин Н.А., Дертышников Е.Г.</i> Эндоскопическая диагностика и лечение синдрома Маллори-Вейсса	77
<i>Брегель А.И., Евтушенко В.В., Хантаков А.М., Андреев В.В.</i> Эндоскопия при острых кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки	78
<i>Васерчук Е.В., Некипелов О.М., Базяев А.Г., Суздальницкий А.Е., Корсунова Н.С., Кулешова Т.Г., Зимина Т.Н., Дружинин И.В., Лях В.В.</i> Двусторонние одномоментные резекции легких из трансстернального доступа у больных туберкулезом	79
<i>Васильева Н.Б., Котовщиков А.Ю., Куимов П.А.</i> Анализ результатов лечения хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, в условиях центральной районной больницы	81

<i>Васильева Н.Е., Панасюк А.И., Шарифулин М.А., Бурдукова Н.В.</i> Особенности обследования и лечения беременных с острой хирургической патологией живота	82
<i>Вашкин В.Н.</i> Редко встречающаяся травма лобной пазухи	84
<i>Владимиров Д.В., Тихонюк Н.А.</i> Случай удаления крупного инородного тела из левого главного бронха (случай из практики)	85
<i>Голодников М.А., Загайнов А.С., Горбанева О.А., Пленкин С.М., Дворниченко В.В., Зубков Р.А.</i> Предварительные результаты применения предоперационной химиотерапии в лечении низкодифференцированной аденокарциномы желудка	86
<i>Голуб И.Е., Белобородов В.А., Зиновьев Е.И., Сорокина Л.В.</i> Плазмаферез в сочетании с электрохимической детоксикацией в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита	87
<i>Голуб И.Е., Диогенова Е.О., Сорокина Л.В., Нетесин Е.С., Плотникова Н.С., Баглуева Д.Е.</i> Веновенозная гемофильтрация в интенсивной терапии острого тяжелого панкреатита	89
<i>Григорьев Е.Г., Сагах М.В., Капорский В.И., Чижова Е.А., Тюрюмина Е.Э., Бойко Т.Н.</i> Варианты хирургических доступов у больных инфицированным панкреонекрозом	90
<i>Дороган Д.А., Жигаев Г.Ф., Кузнецов С.М., Агрызков А.Л., Лупсанов А.В.</i> Хирургическое лечение стриктур холедоха у больных с постхолецистэктомическим синдромом	90
<i>Дыдыкин В.Ф., Ковшов В.В., Белозерцев П.А., Фадеев Д.С., Сагков В.И., Быргазова Е.К.</i> Опыт хирургического лечения одонтогенных флегмон, осложненных гнойным медиастинитом	92
<i>Дыдыкин А.В., Бреус Е.С.</i> Выбор тактики хирургического лечения грыж диска поясничного отдела позвоночника	93
<i>Дыдыкин В.Ф., Скоробогатов А.Ф., Борисов В.М., Кучин С.Н.</i> Клиническая оценка результатов лечения одонтогенного гайморита	94
<i>Замбылова И.Л.</i> Лечение послеоперационных грыж методом ненатяжной герниопластики	95
<i>Замбылова И.Л.</i> Тактика лечения осложнений язвенной болезни в условиях ЦРБ	95
<i>Замбылова И.Л.</i> Эпидемиология травматизма по результатам обращаемости в Нукутскую ЦРБ	96
<i>Иванова Л.Н.</i> Ущемленные травматические диафрагмальные грыжи	97
<i>Исхаков Ш.Д., Чирик А.А., Родионова М.В., Шишкина Л.Н., Грязнов А.В., Лавренчук В.В.</i> Гранулематоз Вегенера в практике оториноларинголога	98
<i>Кириллина Е.И.</i> Редкая ЛОР-патология: ринолиты. Случай из практики	100
<i>Коваль С.П., Кныш В.В.</i> Оценка результатов хирургического лечения пациентов со стрессовым недержанием мочи	101
<i>Коледнев Н.И., Мосин Ю.И.</i> Дренирование средостения при травматической эмфиземе	102
<i>Корнилов Д.Н., Попов И.В., Гольдберг О.А., Лепехова С.А.</i> Реконструктивная операция на ахилловом сухожилии крысы, этапы оперативного вмешательства, топографо-анатомическое обоснование	104
<i>Корнилов Д.Н., Попов И.В., Раевская Л.Ю., Гольдберг О.А., Лепехова С.А.</i> Применение сверхэластичного имплантата из никелида титана при повреждении сухожилия в эксперименте	106
<i>Кузнецов С.М., Лупсанов А.В., Большешапов А.А., Агрызков А.Л., Багмаева А.Б.</i> Дифференцированный подход к пластике пахового канала при паховых грыжах	108
<i>Кузнецов С.М., Лупсанов А.В., Агрызков А.Л., Большешапов А.А., Захарова Э.А.</i> Некоторые этиопатогенетические аспекты формирования грыж после лапароскопической холецистэктомии	109
<i>Кунецкина Л.Н., Ангросенко Л.М.</i> Опыт применения препарата Тонзилгон Н для лечения хронического тонзиллита	109
<i>Кыштымков С.А., Желтовский Ю.В., Зайцев С.В.</i> Первый опыт применения препарата «Неоваскулген» в лечении больных с хронической ишемией нижних конечностей	110
<i>Максикова Н.И.</i> Трахеостомия по данным Нижнеудинской ЦРБ за период с 2009 по 2013 гг.	111

<i>Маркелова Е.В., Турмова Е.П., Силаев А.А., Грачев Н.И., Костюшко А.В., Голуб И.Е.</i> Влияние цитокинов на развитие воспалительной реакции в послеоперационном периоде у кардиохирургических больных	112
<i>Масейкин Д.В., Бахарев Н.Н., Дугенков В.В., Дерябин И.Р.</i> Организация детской уроандрологической помощи в городе Ангарске	113
<i>Мезенцева Е.С.</i> Применение гипохлорида натрия в оториноларингологии	115
<i>Мезенцева Е.С.</i> Гигантские опухоли полости носа	116
<i>Морохоев В.И.</i> Диагностика и лечение флегмон шеи	117
<i>Морохоев В.И.</i> Проблемы экстренной лорпомощи в региональном здравоохранении и пути их устранения	120
<i>Морохоев В.И.</i> К вопросу о профилактике рецидивов паратонзиллярных абцессов в лор-практике	123
<i>Морохоев В.И., Филиппова Е.Н.</i> О профилактике рецидивов антрохоанальных полипов носа в послеоперационном периоде	124
<i>Морохоев В.И.</i> Современная трахеостомия: анализ успехов и неудач	124
<i>Морохоев В.И.</i> Современная санирующая хирургия при острых гнойных средних отитах в условиях регионального здравоохранения: анализ результатов	125
<i>Негрей В.Ф., Куклин А.Г., Краузе В.В., Негрей С.В.</i> Организационные проблемы хирургической профилактики ишемического инсульта	126
<i>Онопко В.Ф., Сысин С.А., Харченко Г.И.</i> Анализ отдаленных результатов оперативного лечения ДГПЖ	127
<i>Онопко В.Ф., Кривоборская Е.В., Мушин М.Ю.</i> Пути оптимизации лечения хронического цистита с морфологически измененной слизистой мочевого пузыря	128
<i>Петров С.И., Ермолаев Ю.Ф., Серега Э.В., Казанков И.Ю., Шарова Т.В., Петров П.А., Джумабаев А.Х., Хамидуллин Ф.Г., Москалев А.Г., Карпов Т.А., Спицын А.Е., Черкашин Ю.А., Максимов К.П., Чипизубов В.А., Прокопьев Л.В., Каня О.В., Каня О.Н.</i> Анализ корреляционной зависимости между показателем KI-67 и ДНК-цитометрическим индексом пролиферативной активности при оценке степени злокачественности в хирургии глиальных опухолей головного мозга	129
<i>Подкаменев В.В., Пикало И.А., Зайцев А.П.</i> Особенности сочетанной травмы селезенки у детей	130
<i>Подкаменный В.А., Лиханди Д.И., Шаравин А.А., Желтовский Ю.В., Чепурных Е.Ю., Бородашкина С.Ю.</i> Отдаленные результаты коронарного шунтирования «на работающем сердце» у больных ИБС высокого хирургического риска	134
<i>Прокаева Т.А., Очирова Е.Б., Жигаев Г.Ф., Кузнецов С.М., Егоров Д.И.</i> Диагностические казусы при закрытой черепно-мозговой травме и алкогольном опьянении	135
<i>Редков С.Н., Кихтенко Д.Б., Алексеев В.Н., Благовещенский Ю.Н., Забанов С.Д., Чепурной А.Ю.</i> Анализ лечения вывихов головки плечевой кости по данным травмпункта № 1 ОГБУЗ «ИГКБ № 3»	138
<i>Садовников С.В.</i> Проблемы амбулаторной хирургии в г. Братске	140
<i>Скворцов М.Б.</i> Реконструктивная хирургия рубцовых сужений пищевода. Пути совершенствования и их обоснование	144
<i>Соломинский В.Б.</i> Случай ущемленной параэзофагеальной грыжи	146
<i>Сорокина Л.В., Голуб И.Е., Колмаков С.А., Пинский С.Б., Белобородов В.А., Папешина С.А.</i> Анестезиологическое обеспечение при лапароскопических адrenaлэктомиях	147
<i>Сорокина Л.В., Голуб И.Е., Белобородов В.А., Пинский С.Б., Курьянов А.А., Карпенко М.А., Борисова В.М.</i> Анестезиологическое обеспечение в хирургии щитовидной железы	148
<i>Субботина М.В., Рыжикова К.В., Уманская Ю.А., Фоминцева А.В., Сорокичкина Ю.С., Карнакова Т.Г., Малюкова М.И.</i> Влияние группы крови на формирование хронической патологии лимфоаденоидного глоточного кольца у детей	151

Субботина М.В., Михайлов М.А., Иванов В.В., Субботина Т.Д. Инородные тела лор-органов у взрослых	152
Сысин С.А., Пилосян П.Р., Бритов В.Н., Кочетов А.М. Новые подходы к лечению больных с камнями мочеточников	153
Татарникова Л.Г., Сафонов Д.В., Свинина О.А., Чугунов В.А., Алексеева Н.В. Опыт лечения врожденной косолапости в детском травматологическом отделении городской детской больницы г. Ангарска по методу Игнасио Понсети	154
Таурагинский Р.А., Травников А.И. Опыт применения радиочастотной облитерации в лечении хронических заболеваний вен	156
Толкачёв К.С., Лупсанов А.В., Ильин И.А., Щербатых А.А. Анатомо-топографические нарушения брюшной стенки в области грыжевого дефекта у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами при МСКТ	159
Турмова Е.П., Силаев А.А., Раповка В.Г., Красников В.Е., Филипенко М.Л., Оськина Н.А., Голуб И.Е., Сорокина Л.В., Борисова В.М. Исследование генов цитокинов при коронарном атеросклерозе	162
Турукин Ю.В., Абдуллаев И.А. Опыт лечения наружных кишечных свищей как осложнение посттравматических инфицированных панкреонекрозов в условиях ЦРБ	163
Фролов А.П., Белобородов В.А., Данчинов В.М., Голуб И.Е. Оказание хирургической помощи больным гнойными заболеваниями мягких тканей в хирургическом стационаре	165
Фролов А.П., Белобородов В.А. Клиника, диагностика и лечение некротического фасциита	167
Фролов А.П., Казакова Т.В., Данчинов В.М. Наблюдение заворота и инфаркта блуждающей селезенки у молодой женщины	169
Фролов А.П. Методика выполнения базовых упражнений классического танца в физической реабилитации при травмах стопы и голени	172
Фролов А.П., Белокопытов Д.Н. Коррекция плоскостопия у детей младшего школьного возраста средствами лечебной физкультуры	175
Фролов А.П. Ультразвуковая диагностика некротизирующего фасциита в ургентной хирургии	178
Фурменкова Л.А. Из опыта работы хирурга кабинета «Диабетическая стопа»	179
Хакимова С.В., Аверьянова О.А. Опыт применения мирамистина при лечении больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух	180
Цоктоев Д.Б., Олейников И.Ю. Атипичное течение неспецифического спондилита у больной, страдающей сахарным диабетом	181
Шалашов С.В., Егоров И.А., Михайлов А.А., Усов П.И., Чухман А.В., Иванов Е.А., Федоров В.А. Сравнительный анализ операции I.L. Lichtenstein и Y-пластики при паховых грыжах	182
Шантурова Н.Е., Погорелец О.В., Стэмповский А.Г., Платонова Т.В., Гилева Н.П., Бердникова О.А. Опыт применения препарата Озурдекс у пациента с макулярным отеком вследствие окклюзии ветви центральной вены сетчатки	183
Шевченко К.В., Щербатых А.В., Соколова С.В., Агрызкова Л., Лупсанов А.В. Выбор способа протезирующей пластики передней брюшной стенки при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж	184
Шелехов А.В., Дворниченко В.В., Жербакова Р.Б., Расулов Р.И., Кирильчик С.В., Бонгарева Г.В., Шулунов С.В. Исследование частоты мутации онкогена K-ras у пациентов Иркутской области, страдающих колоректальным раком	187
Шелехов А.В., Дворниченко В.В., Медведеников А.А., Расулов Р.И., Захаров А.Г., Пленкин С.М., Величко С.В., Павлова С.Ю., Рева А.А. Выбор метода хирургического вмешательства при злокачественном поражении средне- и нижеампулярного отделов прямой кишки	187
Шелехов А.В., Дворниченко В.В., Жербакова Р.Б., Пономоренко Д.М., Богомоллов Д.В., Кирильчик С.В., Бонгарева Г.В., Шулунов С.В., Величко С.В. Предоперационная таргетная терапия при распространенном нижеампулярном раке прямой кишки	188
Шинкевич Ю.В., Суздальницкий А.Е., Агафонов С.В., Моисеева Е.Я. Первый опыт применения клапанной бронхоблокации в лечении распространенного деструктивного туберкулезного процесса легких	189

<i>Шинкевич Ю.В., Некипелов О.М., Моисеева Е.Я., Васерчук Е.В.</i> Внедрение метода клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных туберкулезом легких в ГБУЗ «Иркутском областном противотуберкулезном диспансере»	190
<i>Яковлев А.Б., Большаков Г.А., Сибогатова Т.В.</i> Пункционноаспирационный метод лечения кист Бейкера с последующим введением склерозирующего препарата как альтернативный метод лечения у детей	191
<i>Авторский указатель</i>	193

Отчет о деятельности правления Общественной организации «Ассоциация хирургов Иркутской области» за 2013 г.



**ПАК ВЛАДИСЛАВ
ЕВГЕНЬЕВИЧ**

*Президент ОО «АХИО»,
г.м.н., профессор*

26 апреля 2013 г. состоялось очередное общее собрание членов ассоциации, на котором были избраны президент, вице-президент, новый состав правления и ревизионной комиссии.

С апреля 2013 г. по апрель 2014 г. правлением проделана работа по следующим направлениям:

1. Текущая работа правления: проведено 8 заседаний правления. Действующий состав правления насчитывает 14 человек. Посещаемость заседаний правления в среднем составила 78 %. То есть на заседаниях присутствует, как правило, 11 человек из 14. Таким образом, кворум всегда имеется, все решения правления имеют юридическую силу.

Рассматривались вопросы подготовки и проведения выездных конференций, обсуждались изменения в работе экспертного совета в соответствии с изменениями в действующем законодательстве, велась работа по подготовке к очередному общему собранию.

2. Регулярно в соответствии с утвержденным графиком проводилась аттестация медицинских работников: врачей хирургических специальностей, судебно-медицинских экспертов, медицинских сестер по специальности «Операционное дело».

За отчетный период проведено 8 заседаний экспертной группы хирургического направления областной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Иркутской области.

Посещаемость заседаний составила в среднем 82,2 %. Количество аттестованных врачей составило 206 человек по 14 специальностям, из них 80 человек — из лечебных учреждений городов муниципального образования Иркутской области, соответственно 126 — из г. Иркутска. Отказано в присвоении квалификационной категории двум врачам-специалистам.

За отчетный период рассмотрено 114 аттестационных дел по специальности «Операционное дело». Аттестовано 114 медицинских сестер. Отказов в присвоении категории не было.

Данные представлены в таблице.

Работа экспертного совета АХИО по проведению аттестации врачей позволила повысить общий профессиональный уровень врачей по основным хирургическим специальностям.

3. Проведение научно-практических конференций

За период с апреля 2013 г. по апрель 2014 г. силами ассоциации проведено две научно-практических конференции по «Актуальным вопросам хирургии». Это выездные межрайонные конференции в г. Зиме (4 октября) и в г. Нижнеудинске (13 декабря). На двух конференциях членами правления АХИО было прочитано 16 докладов. Также были представлены доклады врачей-хирургов районных лечебных учреждений.

Проведение межрайонных конференций хирургов на территории Иркутской области способствует повышению квалификации кадров, внедрению единых подходов к лечению основных хирургических заболеваний.

Также ассоциация приняла активное участие в проведении научно-практической конференции для руководителей сестринских служб и старших медицинских сестер. Конференция состоялась в г. Иркутске 21 ноября 2013 г. Членами правления и экспертного совета АХИО были представлены доклады на актуальные темы, в том числе по особенностям аттестации среднего медицинского персонала.

4. Редакционно-издательская деятельность

Продолжается ежегодное издание выпусков «Вестника ОО «АХИО»», в котором публикуются работы врачей Иркутской области и других регионов России. Также публикуются нормативные материалы по аттестации медицинских работников.

В 2013 году был зарегистрирован и начал работать сайт ассоциации. Адрес сайта: ахио.рф.

5. Финансовое обеспечение деятельности ассоциации осуществляется во многом за счет членских взносов. При этом задолженность по

№ п/п	Специальность	Аттестовано, всего	В том числе					
			присвоено			подтверждено		
			высшая	первая	вторая	высшая	первая	вторая
1.	Детская хирургия	11		5	1	4	1	–
2.	Детская урология-андрология	1			1			–
3.	Колопроктология	3		1		2		–
4.	Нейрохирургия	14	4	2	4	4		–
5.	Оториноларингология	22	9	3	3	3	4	–
6.	Сурдология-оториноларингология	–						–
7.	Офтальмология	20	4	8	2	2	4	–
8.	Сердечно-сосудистая хирургия	5	2		1	2		–
9.	Судебно-медицинская экспертиза	18	5	2	1	8	2	–
10.	Торакальная хирургия	–	–	–	–	–	–	–
11.	Травматология и ортопедия	21	10	5	4	2		–
12.	Урология	14	2	3	2	6	1	–
13.	Хирургия	61	26	10	5	16	4	–
14.	Эндоскопия	16	7	2	3	4	–	–
	Итого	206	69	41	27	53	16	–
15.	Операционное дело	114	49	13	13	39	–	–

уплате членских взносов существует ежегодно и составляет по данным на февраль 2014 г. 269 тысяч рублей. 177 человек имеют задолженность по уплате членских взносов за период от одного до трех лет.

6. Направления дальнейшей работы: проведение аттестации врачей и среднего медицинско-

го персонала, совершенствование деятельности экспертного совета во взаимодействии с министерством здравоохранения Иркутской области, проведение научно-практических конференций, редакционно-издательская деятельность, сотрудничество с областным обществом хирургов.

ХИРУРГИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013 г.



Н.Г. Корнилов

*Главный хирург Министерства здравоохранения
Иркутской области, г.м.н., профессор*

Иркутская область (ИО) входит в состав Сибирского федерального округа 1 (СФО). Общая площадь территории — 774,8 тыс. км² или 4,5 % от площади РФ. Область граничит на севере с Республикой Саха (Якутия), на западе — с Красноярским краем, на востоке — с Забайкальским краем и Республикой Бурятия, на юге — с Республикой Тыва. 11 районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей.

Численность населения области по данным Росстата составляет на 2013 г. — 2,418 млн. человек, что составляет 1,4 % от населения РФ. Численность населения ИО с 1990 г. постоянно сокращалась в среднем на 14,6 тыс. человек, или на 0,55 % в год. С 2006 г. темп сокращения населения значительно замедлился и составил 0,2 % или 4,8 тыс. человек в год. В 2008 и 2013 гг. отмечается естественный прирост населения. Ожидаемая продолжительность жизни в 2014 г. увеличилась и составляет 66,3 лет.

Структура населения — дети и подростки — 18,9 %, в РФ — 16 %. Доля населения трудоспособного возраста составляет 62,5 % (около 1,5 млн. чел.) (в разделе использованы данные Росстата за 2012 г.), в среднем по РФ — 63 %. Доля лиц старше трудоспособного возраста — около 18,6 % (0,5 млн. чел.), что также ниже, чем по РФ — 21 %. Основное население проживает в городах, доля городского населения — 79,64 %, сельского — менее 20 %. Плотность населения низкая: 3,12 человека на 1 км², что в 2,6 раза меньше, чем по РФ (8,3 на 1 км²). Муниципальных образований в области — 42, из них муниципальных районов — 33, городских округов — 9, городских поселений — 67, сельских поселений — 365. К наиболее крупным городам относятся Иркутск (606 137 чел.) — столица области, Братск (241 273 чел.), Ангарск (231 340 чел.).

Национальная структура населения: преимущественно русские — 88,2 %, буряты — 3,2 %, эвенки — 0,05 %, тофалары — 0,03 %, другие национальности — 6,9 %.

Общий коэффициент рождаемости (число родившихся живыми на 1 тыс. населения) в ИО растет и составил в 2013 г. 15,6, что на 20 % выше, чем в среднем по РФ, и на 7 % выше, чем в среднем по СФО.

Коэффициент смертности (ОКС, или число умерших на 1 тыс. населения) в 2013 г. в ИО уменьшился и составил 13,7, что только на 3 % ниже, чем в среднем по РФ, и столько же, сколько в среднем по СФО.

В течение 2011 — 2013 гг. хирургическая помощь оказывалась на всей территории (первичная медицинская помощь, квалифицированная и специализированная помощь, включая высокотехнологичные виды помощи). Квалифицированная хирургическая помощь при острых и хронических хирургических болезнях (первичная медико-санитарная помощь) оказывалась в хирургических отделениях и хирургических кабинетах поликлиник городских (10) и центральных районных больниц (28) в соответствии с Федеральным законом № 131-ФЗ от 6 октября 2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ». Квалифицированный этап хирургической работы финансировался за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетов муниципальных образований. Кроме того, квалифицированная хирургическая помощь оказывалась в хирургических отделениях ведомственных лечебных учреждений (ОАО РЖД, медсанчасти аэропорта Иркутска, МСЧ-28

и МСЧ-36 г. Ангарска). Финансирование оказываемой помощи происходило за счет средств ОМС и средств соответствующих ведомственных структур. Значительное число жителей области получают квалифицированную помощь в хирургических отделениях областного подчинения (ГБУЗ ИОКБ, ОГАУЗ Иркутский областной консультативно-диагностический центр) и федерального подчинения (Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии) с теми же источниками финансирования.

Специализированная хирургическая помощь представлена специализированными хирургическими отделениями областных лечебных учреждений (Областная клиническая больница, Областной онкологический диспансер, Областной противотуберкулезный диспансер, Областная детская клиническая больница), специализированными отделениями городских больниц департамента здравоохранения г. Иркутска, в клинике Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии. Кроме того, сохранены специализированные отделения на базе городских больниц Шелехова, Ангарска, Усолья-Сибирского, Зимы, Тулуна, Нижнеудинска, Братска, Усть-Илимска. На обсуждаемых территориях работают преимущественно травматологические, нейрохирургические, урологические отделения.

В то же время, в перечень федеральных бюджетных медицинских учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федерального медико-биологического агентства, учреждений, подведомственных Российской академии медицинских наук, участвующих в выполнении государственного задания на оказание в 2013 г. высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, включены только два учреждения на территории Иркутской области: Центр реконструктивной и восстановительной хирургии и Иркутский государственный медицинский университет. Обсуждаемые учреждения имеют в общем 938 квот по следующим специальностям (челюстно-лицевая хирургия, травматология и ортопедия, абдоминальная и торакальная хирургия, нейрохирургия). Кроме того, высокотехнологичную помощь оказывает ФБГУ «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», г. Москва, Иркутский филиал 892. Для сравнения НИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина работает по 12 205 квотам на 2013 г. Наша область теряет позиции по оказанию высокотехнологичных видов помощи (а это финансовое обеспечение, рабочие места, заработная плата медицинских работников). Высокотехнологичные и дорогостоящие виды медицинской помощи оказывались за счет федеральных квот в лечебных учреждениях федерального подчинения за пределами области, а также в ФБГУ НЦ РВХ ВСНЦ

СО РАМН. Чрезвычайно актуально увеличение объемов помощи, выполняемых за счет федерального бюджета в лечебных учреждениях областного подчинения, либо в федеральных, находящихся на территории Иркутской области. Увеличение объемов ведет к привлечению денежных средств, технологий, обеспечит безопасность пациентов после выполнения высокотехнологичных операций. Пациентам после выполненных сложных операций необходим врач, понимающий существо патологии, способный своевременно скорректировать возможные осложнения.

Второе направление – регионализация сети ЛПУ Иркутской области на межмуниципальном (межрайонном) уровне с обязательным обеспечением интегральной целостности функционирования всех учреждений территории как единой системы организма путем усиления консолидирующей и координирующей роли Министерства здравоохранения области и областных учреждений здравоохранения.

Проведено районирование территории Иркутской области с выделением 7 межмуниципальных региональных медицинских центров в городах Иркутск, Ангарск, Братск, Саянск, Нижнеудинск, Черемхово и в поселке Усть-Ордынский и 4 межмуниципальных районных центров в городах Шелехов, Тулун, Усть-Илимск, Усолье-Сибирское. Главными критериями районирования можно считать: характер расселения населения; средний радиус обслуживания; транспортную доступность. Сформированные естественные потоки населения района к определенному лечебному учреждению или хирургу для получения медицинской помощи в транспортной доступности 7 межмуниципальных региональных медицинских центров позволят повысить доступность квалифицированной и специализированной медицинской помощи 2,37 млн. жителей Иркутской области (94,8 %), и только для 6 районов области медицинская помощь в межмуниципальных региональных медицинских центрах будет труднодоступна (129,6 тыс. человек) (рис. 1).

Профили центров определялись в зависимости от потребности в видах медицинской помощи в близлежащих муниципальных образованиях (рис. 2).

Обеспеченность специализированными хирургическими койками представлена в таблице 1. Число хирургических коек в лечебных учреждениях Иркутской области составляет 3924.

Коечный фонд состоит из коек общехирургических, преимущественно городских и центральных районных больниц, и специализированных для лечения пациентов с травмами опорно-двигательного аппарата, ортопедической, урологической патологией, патологией органов грудной клетки, заболеваниями и травмами центральной и периферической нервной системы, койками для лечения пациентов с сосудистой и кардиохирургической патологиями, для лечения термических поражений.

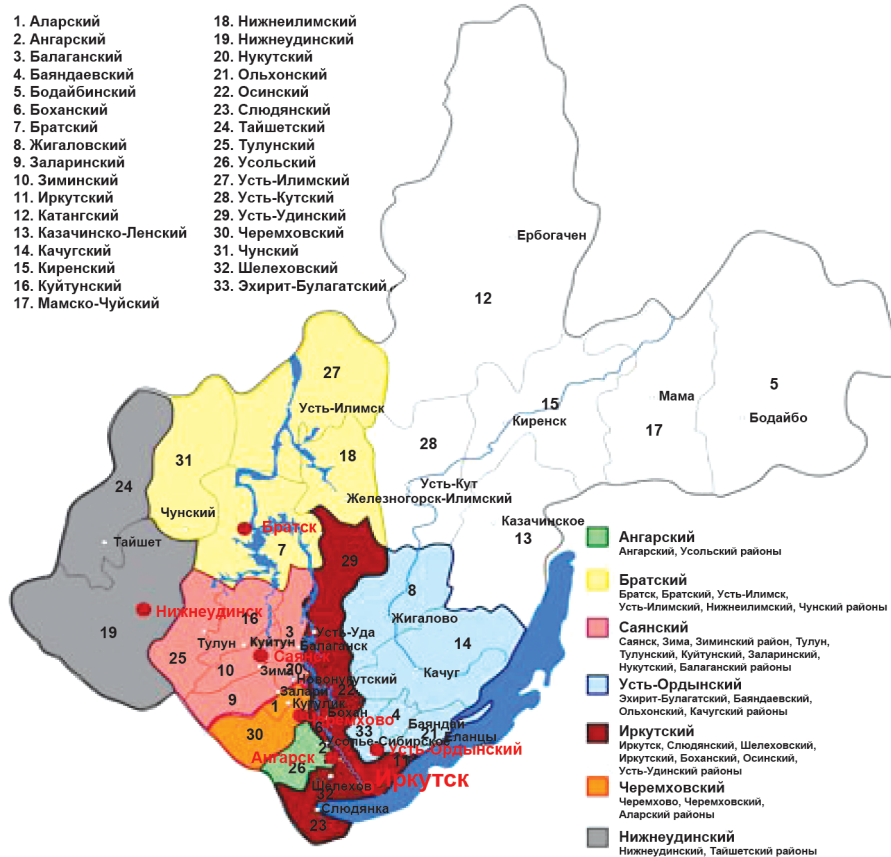


Рис. 1. Зоны обслуживания межмуниципальных региональных медицинских центров.

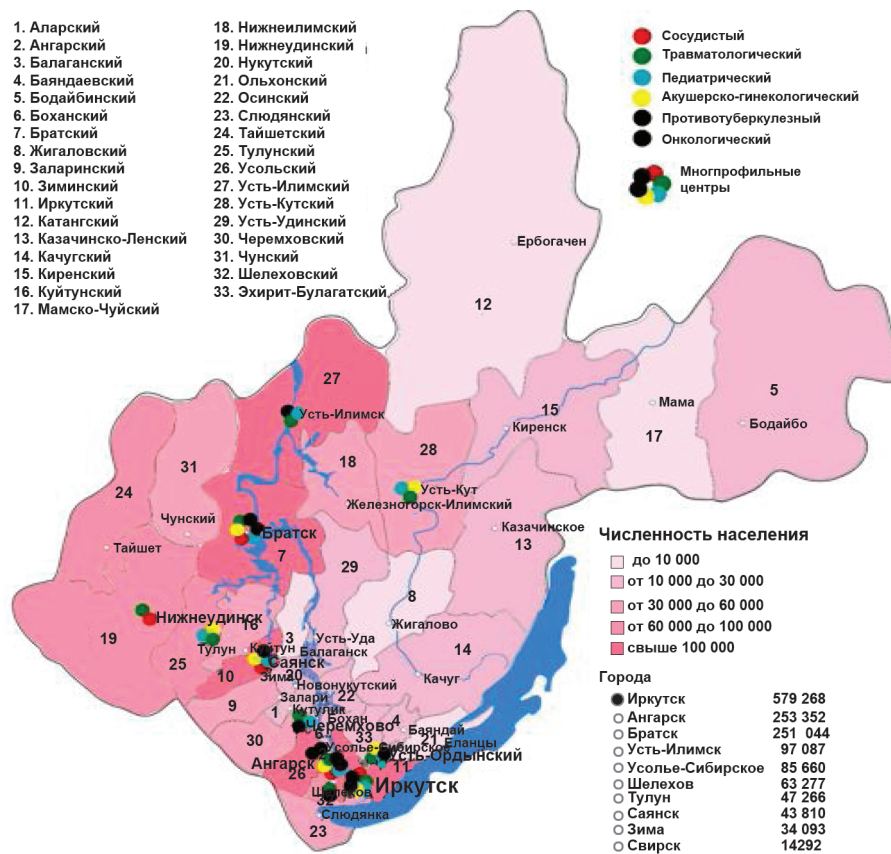


Рис. 2. Профили центров в зависимости от потребности в видах медицинской помощи в близлежащих муниципальных образованиях.

Таблица 1

Обеспеченность специализированными койками (число коек × 10000 / кол-во населения)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Хирургические	8,4	8,2	7,7	7,4	7,3	7,2	7,3	7,2	6,8	6,1	5,8
Нейрохирургические	1,0	1,0	1,1	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,7
Травматологические	4,6	4,8	4,6	4,2	4,1	4,0	4,1	4,4	4,2	3,7	3,7
Урологические	1,5	1,7	1,6	1,3	1,4	1,3	1,2	1,5	1,5	1,5	1,4
Сосудистые	0,37	0,45	0,4	0,3		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Кардиохирургические	0,24	0,27	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Торакальные	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,5	0,5	0,2
Ожоговые	0,34	0,35	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Гнойная хирургия	2,0	1,9	1,9	1,6	1,5	1,5	1,3	1,4	1,4	1,0	1,0
Проктологические	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4

Обеспеченность жителей области специализированными хирургическими койками находится на уровне среднероссийских показателей. В то же время, сокращение фонда произошло. Обеспеченность коечного фонда приведена в соответствие с рекомендациями министерства здравоохранения России и фонда обязательного медицинского страхования. Учитывая плотность населения Иркутской области, отдаленность и труднодоступность населенных пунктов, расчет нормативных показателей на уровне федеральных нормативов невозможен для нашей территории. С учетом задач, поставленных перед хирургией области правительством по программе модернизации здравоохранения, без базовых лечебных учреждений и кадровой составляющей хирургических отделений, необходимо сохранить имеющийся коечный фонд.

Особенно важной задачей остается открытие областного травматологического отделения. Без основного отделения, оказывающего травматологическую помощь, сложно будет создать систему оказания помощи по программе дорожного травматизма. Особенно это важно в условиях, когда хирургические отделения районов области с населением от 4,5 – 10 тыс. (Катанский, Жигаловский, Ольхонский, Балаганский, Усть-Удинский, Заларинский), имеющие в составе 10 – 15 хирургических коек, и где, соответственно, кадровый потенциал представлен одним хирургом, не обладают достаточными силами и средствами не только для оказания всего объема квалифицированного этапа хирургической помощи, но и первичной медицинской помощи. Существующие специализированные травматологические отделения в Усть-Илимске, Братске, Тулуне, Ангарске, Шелехове, Усолье-Сибирском выполняют специализированную травматологическую помощь. Высокотехнологичная помощь пациентам с осложненной травмой и ортопедическая помощь оказываются в институте травматологии и ортопедии. Вопрос о создании травматологического отделения областного подчинения для оказания высокотехнологичных

видов помощи остается наиболее актуальным для жителей области, требующим незамедлительного решения.

Плановую хирургическую помощь пациентам перечисленных районов экономически оправдано выполнять в специализированных отделениях, что позволяет применять современные миниинвазивные технологии, тем самым сокращая сроки лечения и реабилитации пациента. Своевременная плановая санация необходима для снижения числа пациентов с острой хирургической патологией. Необходимо воссоздать и сформировать единое нормативно-правовое пространство для доступности жителям различных территорий качественной медицинской помощи. Обсуждаемые тенденции, к сожалению, нашли свое отражение в итогах работы по оказанию неотложной хирургической помощи по основным нозологическим формам, что будет обсуждено в разделе неотложная хирургия. В отделениях, обладающих коечным фондом 40 и более коек, при соответствующем кадровом потенциале возможно выполнение всего объема квалифицированной помощи. Показатели использования коечного фонда хирургического профиля приведены в таблице 2.

Кадровый потенциал. Кадровый вопрос следует считать основным в настоящее время для хирургии Иркутской области.

Обеспеченность на 10 000 населения врачами хирургического профиля – 6,4. Сохраняется тенденция к увеличению абсолютного числа докторов, аттестованных на высшую и первую квалификационные категории, что свидетельствует об увеличении стажа работы врачей хирургических специальностей (табл. 3).

Хирургическая работа. В 2013 г. в хирургических стационарах области выполнено 177 259 операций с послеоперационной летальностью 0,76 % (табл. 4, 5).

В отчетном году хирургами области выполнено большее число оперативных вмешательств при более низком проценте послеоперационной летальности.

Таблица 2

Динамика показателей использования коечного фонда хирургического профиля за период 2005–2011 гг.

Профиль коек	Число коек	Число дней работы койки в году					Средняя длительность пребывания больного на койке					Оборот койки (выписано/число коек)				
		2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Хирургические	1413	324,8	320,0	338	318	323	9,4	9,1	8,3	8,5	8,4	34,6	35,2	40,9	36,3	37,1
Нейрохирургические	180	358,4	345,3	331	351	339	11,9	12,1	11,6	10,2	11,9	30,1	28,6	28,9	33,0	28,5
Торакальной хирургии	50	322,6	354,4	383	321	315	14,1	16,8	16,7	13,5	12,9	22,9	21,1	22,9	23,6	25,3
Кардиохирургические	75	283,7	308,6	288	204	339	14,3	14,3	13,9	9,0	11,9	19,8	21,6	20,7	22,4	22,7
Сосудистой хирургии	70	345,8	331,9	343	364	396	12,1	14,0	10,2	10,0	9,2	28,6	23,8	33,6	36,2	41,8
Травматологические	898	324,1	320,0	343	332	338	13,3	13,6	12,1	12,3	12,4	24,4	23,5	28,4	26,5	29,9

Таблица 3

Характеристика хирургических кадров в 2009–2013 гг.

Специальность	Количество															Категория										% аттестованности																								
	2009					2010					2011					2013					Первая					Вторая					2009					2010					2011					2013				
	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013	2009	2010	2011	2013														
Хирурги	347	347	346	339	108	107	120	129	28	25	25	26	64	59	44	48	32	34	30	27	8	9	6	8	8	9	9	6	68,6	68,1	89,5	65																		
Детские хирурги	70	69	67	63	28	25	25	26	14	14	14	15	2	3	2	2	4	5	8	10	4	5	8	4	5	8	10	55,6	55,0	78,6	77,1																			
Сердечно-сосудистые хирурги	36	40	42	35	14	14	14	15	6	6	6	9	6	6	7	3	2	3	2	1	2	3	2	2	3	2	1	87,5	100,0	100	100																			
Торакальные хирурги	16	15	15	13	6	6	6	9	12	12	14	14	10	12	9	8	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	5	61,7	63,3	97,6	75																			
Нейрохирурги	47	49	41	36	12	12	14	14	23	17	14	20	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	85,7	91,3	75,9	73,3																			
Челюстно-лицевые хирурги	28	23	29	30	215	219	233	248	86	83	77	70	86	83	77	70	65	72	66	60	65	72	66	65	72	66	60	73,9	75,9	90,3	78,7																			
Анестезиологи	495	493	514	480	61	63	68	69	61	63	68	69	37	37	34	31	12	9	13	15	12	9	13	12	9	13	15	60,1	58,6	86,7	62,5																			
Травматологи и ортопеды	183	186	210	184	29	29	29	26	29	29	30	26	6	7	8	9	6	6	9	8	6	7	8	6	7	9	8	68,6	72,3	86,4	67,1																			
Урологи	70	65	66	64	32	34	35	37	32	34	35	37	16	9	10	13	10	12	14	10	10	12	14	10	12	14	10	73,4	67,1	98,9	93,7																			
Эндоскописты	79	82	89	92	4	5	5	5	4	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	85,7	85,7	100	55,5																			
Колопроктологи	7	7	7	9	39	26	18	33	39	26	18	33	10	11	11	16	14	16	26	23	14	16	26	14	16	26	23	69,2	51,0	85,4	73,4																			
Онкологи	91	104	103	98	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	66,7	100,0	66,7	75																			
Детские онкологи	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	66,7	100,0	66,7	75																			
Стоматологи-хирурги	88	90	98	108	31	34	33	36	31	34	33	36	16	18	18	16	9	8	7	4	9	8	7	9	8	7	4	63,6	66,7	96,9	51,5																			
Всего хирургического профиля	1560	1573	1630	1555	604	593	616	669	604	593	616	669	267	261	234	226	177	189	190	170	177	189	190	177	189	190	170	67,2	66,3	88,73	68,4																			

Таблица 4

Характеристика оперативных вмешательств

№	Название операции	Номер строки	Число проведенных операций в стационаре					В том числе детям до 17 лет включительно					Умерло оперированных в стационаре – всего				
			2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
I.	Всего операций	1	159370	174309	168775	182880	177259	23283	24712	24828	24728	27283	153	1323	1420	1363	1348
1.	Операции на нервной системе	2	2262	2650	2649	2887	2872	305	439	390	479	607	17	210	219	219	200
	из них на головном мозге	2.1	1440	1514	1400	2119	2479	237	283	145	366	601	15	190	197	209	200
	на периферической нервной системе	2.2	509	490	349	768	393	43	56	8	113	13	-	1	1	6	-
2.	Операции на эндокринной нервной системе	3	816	913	861	849	531	13	21	8	10	13	-	2	-	-	1
	из них тиреотомии	3.1	190	224	225	175	222	2	-	1	-	-	-	-	-	1	-
3.	Операции на органе зрения	4	5814	15530	6159	19973	17630	1664	2030	1551	1875	2402	-	1	-	-	-
	Из них по поводу глаукомы	4.1	414	1222	466	1535	1456	18	18	0	7	9	-	-	-	-	-
	Энуклеации	4.2	86	94	115	114	97	3	1	2	2	5	-	-	-	-	-
	Катаракты	4.3	1258	6755	1370	8759	7920	31	42	19	60	86	-	-	-	-	-
4.	Операции на органе слуха, горла, носа	5	7480	5985	7632	7710	7777	2288	1458	1830	1540	1638	-	2	4	3	5
	Из них на ухе	5.1	1202	413	1080	935	961	978	175	804	681	674	-	2	1	-	-
5.	Операции на органах дыхания	6	4807	5429	5538	6723	6571	1349	1532	1811	2358	2484	26	104	106	95	144
	На миндалинах и аденоидах	6.1	1258	1015	1403	970	1618	1047	850	1203	678	1294	-	-	-	-	1
	Пулumonэктомия	6.2	150	167	117	107	133	2	12	0	-	-	3	1	6	3	1
	Резекция доли лёгкого	6.3	340	297	293	284	307	9	21	13	10	169	-	2	3	1	3
	Резекция сегмента лёгкого	6.4	350	352	420	389	590	11	32	18	16	23	-	2	2	1	1
6.	Операции на сердце	7	1632	1606	1604	2049	1435	192	402	272	222	384	48	55	52	47	49
	На открытом сердце	7.00	300	356	332	272	185	111	198	116	107	-	33	31	10	17	1
	В т.ч. с искусственным кровообращением	7.01	286	331	311	264	185	111	198	116	107	-	33	28	8	15	-
	Коррекция врождённых пороков	7.1	216	278	278	263	284	190	382	260	55	309	20	20	17	8	19
	Коррекция приобретённых пороков	7.2	153	181	165	185	108	-	1	2	47	2	21	13	19	8	-
7.	При нарушении ритма всего	7.3	400	468	376	586	441	-	17	10	13	13	-	5	4	2	-
	В т.ч. имплантация кардиостимулятора	7.31	284	351	343	388	292	-	17	10	9	6	-	5	4	2	-
	Коррекция тахикардии	7.32	89	78	33	105	149	-	-	-	2	6	-	-	-	-	-

8. По поводу ИБС	7.4	799	641	736	879	417	-	2	-	-	6	7	5	8	-
Из них аортокоронарное шунтирование	7.4.1	403	378	390	393	9	-	2	-	-	4	5	3	6	-
Ангиопластика коронарных артерий	7.4.2	396	263	346	486	848	-	-	-	-	2	2	2	2	-
9. Операции на сосудах	8	3891	3786	4083	3734	3835	1043	1032	815	796	9	44	33	28	38
Из них операции на артериях	8.1	724	942	926	1104	1083	20	39	7	19	9	41	22	23	28
В т.ч. на питающих головной мозг	8.1.1	298	339	243	308	139	-	-	1	2	7	16	8	8	3
В т.ч. на почечных артериях	8.1.2	1	8	2	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
В т.ч. на аорте	8.1.3	77	83	84	63	81	14	16	-	1	-	10	2	4	5
Из них операции на венах	8.2	3167	2844	3157	2630	2752	1023	993	808	777	-	3	11	3	10
10. Операции на органах брюшной полости	9	24252	25513	25337	24992	27205	4346	4842	4029	4131	45	668	676	713	649
Из них на желудке по поводу язвенной болезни	9.1	740	805	974	950	549	8	28	11	8	-	53	38	45	33
Аппендэктомии при хроническом аппендиците	9.2	624	211	475	628	867	537	106	375	508	-	-	-	-	-
Грыжесечение при неущемленной грыже	9.3	4363	4656	5468	4958	5066	1188	1290	1468	1242	-	6	4	8	3
Холецистэктомии при хроническом холецистите	9.4	2560	2570	3083	3136	3015	3	5	20	17	-	6	8	12	7
Диагностические лапаротомии	9.5	698	702	913	884	969	83	76	157	278	-	70	77	78	96
11. Операции на почках и мочеточниках	10	2560	3441	4207	4233	4687	318	604	397	459	3	26	34	31	29
12. Операции на предстательной железе	11	698	519	535	703	447	-	-	-	-	-	2	5	8	1
13. Операции по поводу стерилизации мужчин	12	3738	78	35	21	29	1	2	1	1	1	1	1	-	-
14. Операции на женских половых органах	13	525	26648	27732	25657	24051	205	232	196	166	-	8	4	2	13
Из них выскабливание матки	13.1	60	14353	14403	13744	13003	56	43	46	11	-	1	-	-	-
по поводу стерилизации женщин	13.2	26355	249	233	342	297	X	X	X-	X-	-	-	-	-	-
15. Акушерские операции	14	13269	33826	32335	32527	32038	427	460	364	313	-	-	2	1	2
Наложение щипцов	14.1	214	25	24	6	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вакуум-экстракция	14.2	30003	264	264	401	478	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Плдоразрушающие	14.4	203	320	3	3	2	28	4	-	-	-	-	-	-	-
Аборт	14.5	6988	21452	19965	16989	16237	310	404	292	185	-	-	-	-	-
Экстирпация матки (в родах и после)	14.6	1111	36	35	18	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16. Операции на костно-мышечной системе	15	18393	18540	18514	18871	19053	2955	2984	3149	3166	5	145	193	151	179
17. Операции на молочной железе	16	17859	1521	1949	1959	2274	2240	97	42	26	-	1	1	-	1
18. Операции на коже и подкожной клетчатке	17	13295	24762	26201	25011	23303	4495	7196	7713	6813	-	48	83	63	62

Послеоперационная летальность по основным нозологическим формам

Нозология	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Острый аппендицит	0,07	0,02	0,07	0,07	0,02	0,07	0,07	0,08	0,02	0	0,06
Острая непроходимость кишечника	6,3	5,7	7,6	8	7,3	5,7	6,5	6,8	8,7	6,3	5,1
Перфоративная язва	2,9	3,9	4,8	3,6	3,9	5,8	5,6	5,7	6,2	8,1	7,8
Ущемленная грыжа	3	2,8	3,9	4	2	3,7	2,9	4,1	3,5	2,8	3,4
Острый холецистит	1,4	1	2,1	1,2	3,1	1,7	3,0	1,5	0,9	0,5	0,7
Острый панкреатит	13,2	15,5	20,2	22,4	21,7	24,5	18,2	21,9	18,4	26,9	1,7
ЖКК	10,6	7,9	4,9	11,6	12,9	10,9	12,4	13,6	13,2	16,7	0,7

ОТЧЕТ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИИ № 1 ЗА 2012 г.

I. Краткая характеристика материально-технической базы. Структура кардиохирургического отделения с 01.03.08 претерпела изменения. С 01.03.08 в соответствии с приказом по ГУЗ ИОКБ № 120 от 25.04.07 выделено отдельное кардиохирургическое отделение для лечения врожденных пороков сердца на 25 коек — один палатный блок бывшего отделения (кардиохирургия № 2). Отделение для взрослых расширено до 50 коек, причем для отделения выделен один палатный блок, где ни при каких условиях невозможно развернуть 50 кроватей (кардиохирургия № 1). Периодически выделялись 12 коек на 5 этаже 3 блока. Оба отделения входят в состав Иркутского кардиохирургического центра, являются базой кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ИГМУ, ГБОУ МАПО и выполняют задачу оказания высококвалифицированной, специализированной хирургической помощи больным с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В отделении имеются: ординаторская, приспособленная из конференц-зала в неудовлетворительном функциональном состоянии, сестринская комната, комната дежурного врача, столовая с раздаточной на два отделения, ассистентская, кабинеты заведующего, старшей сестры, сестры-хозяйки, профессора кафедры сосудистой хирургии ГБОУ МАПО. Ликвидирован конференц-зал. Имеются раздевалки для медсестер и студентов, ванная комната, клизменная, комната для хранения грязного белья. Кроме того, на территории отделения располагается лаборатория электрофизиологии кардиохирургического отделения.

Необходимо отметить, что после реконструкции и реорганизации отделения, условия для работы медперсонала стали неудовлетворительными (отсутствует вода в ординаторской, температура воздуха зимой и летом непригодна для работы). В отделении по-прежнему нет туалета для среднего и младшего медперсонала.

II. Характеристика кадрового состава врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Штатное расписание соответствует 50-коечному отделению кардиохирургии. На 100 % укомплектован штат среднего медперсонала, причем качественный состав среднего медперсонала вполне удовлетвори-

тельный. Заведующий отделением — работающий по контракту руководитель Иркутского кардиохирургического центра, зав. кафедрой сердечно-сосудистой хирургии и клинической ангиологии Иркутского ГБОУ МАПО, профессор кафедры госпитальной хирургии ИГМУ д.м.н., Заслуженный врач России Ю.В. Желтовский В отделении работает профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии и ангиологии Иркутского ГБОУ МАПО д.м.н., Заслуженный врач России Подкаменный В.А. Четыре хирурга отделения имеют высшую категорию. Один хирург имеет звание «Заслуженный врач России». Один кардиохирург имеет вторую категорию. Пять кардиохирургов не аттестованы, у троих из них недостаточно стажа работы. Кардиологи отделения не аттестованы по кардиологии. Врач УЗИ диагностики имеет первую категорию. Кардиолог Юркевич Н.С. находится в декретном отпуске. Из 9 штатных медсестер 2 имеют высшую категорию, четверо — первую, и двое — вторую. Одна медсестра не аттестована (стаж работы до 5 лет).

III. Специализации на центральных базах. Ю.В. Желтовский, кардиохирурги Е.В. Пешков, А.В. Дудник принимали участие в работе 18-го Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов в г. Москве. Врач А.В. Дудник проходил краткосрочные стажировки в г. Москве и г. Санкт-Петербурге, участвовал в проведении мастер-класса в г. Амстердам (Голландия). Ю.В. Желтовский, В.А. Подкаменный принимали участие в работе Европейского конгресса кардиоторакальных хирургов в г. Барселона (Испания). Ю.В. Желтовский являлся участником Всемирного Азиатского конгресса кардиоторакальных хирургов на Бали (Индонезия) и мастер-класса в Тель-Авиве (Израиль). В.А. Подкаменный принимал участие в работе 61 конгресса Европейской ассоциации сердечно-сосудистых хирургов в г. Дубровнике (Хорватия). Е.В. Пешков являлся участником региональной конференции в г. Хабаровске, мастер-класса в Казане, проходил краткосрочное усовершенствование в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева в г. Москве. Кардиохирург С.И. Сидоров принимал участие в работе конференции «Кардиостим» в г. Санкт-Петербурге. Кардиолог С.Е. Ломоносова прошла краткосрочное повышение квалификации в НИИ кардиологии в г. Москве. Кардиолог С.Ю. Бородашкина принимала участие в работе

Всероссийского съезда кардиологов в г. Москве. Кардиохирурги В.И. Батеха, Д.И. Лиханди участвовали в программе проведения обучающих курсов при НИИ ПК им. Е.Н. Мешалкина в Новосибирске.

IV. Научная работа и учебный процесс. Сотрудниками отделения опубликовано 8 научных работ. На базе отделения проходят подготовку, согласно расписания, 22 группы студентов (цикл кардиохирургия для врачей общей практики) и студенты 7 курса вечернего факультета. Они принимают участие в обследовании и лечении больных, клинических обходах и конференциях. Кроме того, в течение года в отделении обучаются группы студентов 5 дневного курса и 6 курса вечернего факультета, группы иностранных студентов, врач-интерны и клинические ординаторы по индивидуальному графику. В отделении работают профессор и 1 ассистент кафедры госпитальной хирургии ИГМУ, профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии и ангиологии Иркутского ГБОУ МАОУ,

в течение года обучались 8 клинических ординаторов кафедры сердечно-сосудистой хирургии и ангиологии Иркутского ГБОУ МАОУ. Сотрудники отделения Е.В. Пешков и Д.И. Лиханди работают над выполнением кандидатской диссертации.

V. Лечебная работа (табл. 6, 7). Прием больных в поликлинике проводился кардиологом поликлиники О.М. Кожевниковой ежедневно. Регулярно больные консультируются зав. отделением, сотрудниками кафедр, ведущими специалистами по профилю. Врачом отделения И.В. Литашом выполняются эхокардиографические исследования. Врачи поликлиники выполняют работу по диспансеризации кардиохирургических больных. С 2003 г. отчет о консультативном приеме формируется поликлиникой ИГОКБ.

Оперативная активность в отделении стабилизировалась, держится на высоком уровне в основном из-за напряженной работы хирургических бригад и достигла своего предела.

Таблица 6

Общая характеристика статистических показателей деятельности отделения кардиохирургии в сравнении за 4 года

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
Число сметных коек	50	50	50	50	50
Число фактически развернутых коек	50	50	50	50	50
Число поступивших больных	979	1027	1081	1177	1173
Плановое количество койко-дней	14978	16509	16106	14003	15951
Фактически проведено больными койко-дней	15315	16033	15301	14660	14296
% выполнения плана койко-дней	102,2	97,1	95	104,7	89,6
Выписано больных	1043	1138	1101	1200	1173
Число умерших	31	27	29	23	29
Выбыло больных	909/1074	1221/1165	1180/1130	1108/1223	1470/1202
Длительность пребывания больного в стационаре (план/факт)	16,5/14,3	13,5/13,8	13,6/13,	12,6/12,	10,9/11,9
% летальности	3,0/2,9	3,0/2,3	3,0/2,6	3,0/1,9	3/2,4
Из числа умерших вскрыто трупов	30	25	26	19	25
В т.ч. пат. анатомических вскрытий	30	25	26	19	25
Судебно-медицинских вскрытий	–	–	–	–	–
Выдано без вскрытий	1	2	3	4	4
Число совпадения пат. анатом. диагнозов с клиническими	30	25	26	19	25
Р-исследований всего	3136	3090	3301	2967	3094
Число р-исследований на одного больного	2,9	2,7	2,9	2,4	2,6
Число лабораторных процедур	84656	–	94456	93901	120643
Число лабораторных процедур на 1 больного	78,8	–	83,6	76,8	100,4
Работа койки за отчетный период (план/факт)	300/306,3	300/320,7	322/306	280/293	319/285,9
Оборот койки (план/факт)	18,2/21,5	23,4/23,3	23,6/22,	22,2/24,	29,4/24,0
Фактические показатели по ОМС (больные/койко-дни)	110/1253	167/1336	97/886	98/975	54/587
Фактические показатели по высокотехнологичным видам (ВТ) (больные/койко-дни)	884/1678	907/13904	1037/15108	1120/13920	1148/13661
Фактические показатели по ЦПМУ и ДМС (больные/койко-дни)	24/289	6/75	4/39	5/65	4/48
Число выписанных больных г. Иркутска	356	409	404	434	455
% выписанных больных г. Иркутска	33,1	35,1	35,8	35,5	37,9
Число поступивших сельских жителей	283	279	276	310	272
% поступивших сельских жителей	28,5	26,9	24,5	25,3	23,2

Заведующим отделением проводилась коррекция регистра взрослых пациентов с клапанными пороками сердца (из 569 человек на 01.01.10 требующих кардиохирургического лечения на 01.01.14 состоит 396 человек).

За отчетный период задолженность по операциям при приобретенных пороках сердца имеется в следующих городах и районах области (табл. 8).

Пример. Иркутск: 152 состоит – 40 прооперированы, 3 умерло (152/40/3).

На основании анализа регистра подготовлены и разосланы главным врачам муниципальных об-

разований письма с просьбой на данной территории выяснить судьбу больных, которые длительно не приезжают на контрольные осмотры. Всем кардиологам области разосланы методические материалы по проведению антикоагулянтной терапии больным после протезирования клапанов сердца. За год индивидуально письма с назначением срока консультации разосланы 182 больным. Работа ведется совместно с вновь созданным кардиологическим диспансером (Бородашкина С.Ю.) (табл. 9).

Таблица 7

Статистические показатели деятельности отделения кардиохирургии

Стандарт	1996	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
% летальности	3 %	3,1	2,5	2,9	2,3	2,6	1,9	2,4
Число операций	–	281	949	1152	1015	998	1097	1177
% послеоперационных осложнений	7 %	4,2	2,9	4,9	2,7	3,5	3,0	2,7
% послеоперационной летальности	7 %	7,8	2,6	2,9	2,1	2,4	1,7	2,3
хирургическая активность	35 %	30	83,8	83,5	85,4	83,7	88,5	89,2
% совп.п/анат.с кл. диагнозом	100 %	100	100	100	100	100	100	100
Средний к/день до операции		8,3	6,3	6,7	6,3	6,0	5,1	5

Таблица 8

Регистр больных, нуждающихся в протезировании клапанов сердца

Район	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
г. Иркутск	16–39/1	186–47/5	170/39/4	152/40/3	104/39/3	97/27/3	99/23/1
Иркутский р-н	21–3/1	21–4/2	22/9/3	23/6/0	19/5/2	17/3/0	17/1/0
Братский р-н	35–17/0	45–14/1	48/13/1	48/13/0	47/16/0	45/12/0	45/14/0
Ангарский р-н	39–13/0	49–16/2	56/14/3	49/16/1	49/14/2	47/13/1	48/13/2
Усольский р-н	38–14/1	48–12/1	48/10/2	42/4/0	41/7/2	40/3/0	40/3/0
Усть-Илимский р-н	34–13/2	37–5/0	38/6/2	37/7/1	37/6/1	36/5/0	36/6/1
Шелехов	13–3/0	16–10/1	12/7/0	10/11/2	10/3/0	10/1/0	10/0/0
Черемховский р-н	41–10/1	43–6/1	45/6/1	47/10/1	44/11/1	42/7/0	43/10/2
БАО	25–13/1	36–12/0	38/8/1	35/20/1	33/8/2	33/11/0	35/6/1
Куйтунский р-н	11–3	11–1	11/0/0	10/2/0	10/1/0	10/0	10/2
Тулунский р-н	19–0	22–7/1	20/4/0	19/8/0	18/8/1	17/4/0	18/4/1
Нижнеудинский р-н	16–4/1	18–4/0	15/4/0	12/6/0	11/6/0	11/4/1	11/1/0
Тайшетский р-н	10–7/1	11–6/1	14/3/0	11/4/0	11/6/1	10/5/0	10/1/0
Саянск	23–1/0	25–3/1	25/2/0	9/6/1	8/3/0	8/3/0	8/1/0
Н/Илимский р-н	17–4/1	20–3/0	18/3/0	17/5/0	17/2/0	17/6/0	17/5/0
Зиминский р-н	13–2/0	15–0	15/2/0	14/7/2	14/5/0	13/2/0	12/3/1
Киренский р-н	6–1/1	7–1/0	3/1/0	3/1/0	2/3/0	2/0	2/3/0
Каз.-Ленский р-н	4–0	4–2/0	4/1/0	4/1/0	4/2/0	4/0	3/3/0
Усть-Кутский р-н	1–1 /0	0–0	9/0/0	0/1/0	8/4/0	9/3/0	9/2/0
Чунский р-н	9–3/0	10–2/0	13/2/0	9/2/0	7/1/0	7/2/0	7/2/1
Слюдянский р-н	12–4/0	13–4/0	14/3/0	8/5/0	13/5/2	13/5/0	13/3/0
Качугский р-н	12–2 /0	13–2 \1	16/1/0	14/6/0	13/4/1	11/7/1	11/1/0
Заларинский р-н	16–1/0	16–2 /0	9/1/0	16/0	7/1/0	7/2/0	6/2/0
Усть-Удинский р-н	4–3 /0	2–1/1	4/4/1	1/1/0	2/0/0	3/1/1	2/0/0
Бодайбинский р-н	9–0	9–1/0	4/2/0	7/4/0	4/1/0	4/0	4/1/0

Статистические показатели деятельности
кардиологического диспансера

Наименование	Количество операций	Из них летальных исходов
Приобретенные пороки сердца		
Первичные операции		
РЕВМАТИЗМ		
Митральный порок		
Протезирование МК (первичное)	15/21/25	0/1/1
Протезирование МК + пластика 3 створч. кл.	6/12/6	0/0/1
Протезирование МК + АКШ	0/3/4	0/0/0
Протезирование МК + пластика ТК+ удаление тромба ЛП	2/1/1	0/1/0
Протезирование МК + удаление тромба ЛП	3/1/2	0/0/0
Протезирование МК + пластика ТК + пластика левого предсердия, удаление тромба ЛП	0/1/3/3	0/0/1
Митральная комиссуротомия	0/0/0	0/0/0
Протезирование МК + пластика 3 створч. клапана + пластика ЛП	1/3/1	0/2/0
Протезирование МК + пластика 3 створч. клапана + АКШ	1/0	0/0
Всего	28/42/44	0/4/5
Синдром соединительно-тканной дистрофии		
Протезирование МК	4/4/2	0/0/0
Протезирован. МК + пластика 3 створч. кл.	2/2/3	1/0/0
Протезирование АК	3/5/2	0/0/1
Протезирование АК + АКШ	3/1/2	0/0/0
Протезирование МК+АКШ	1/1/0	0/0/0
Всего	13/12/10	1/0/1
Аортальный порок		
Протезирование АК	20/17/32	2/1/2
Протезирован. АК + пластика восх. аорты	2/0/1	0/0/0
Протезирование АК + АКШ	11/6/7	3/0/2
ВПС. Двухстворчатый аортальный клапан	6/7/4	0/0/1
Всего	39/30/44	5/1/5
Опухоль сердца	2/3/7	0/0/1
Опухоль сердца + протезирование МК	0/0/1	0/0/0
Всего	2/3/8	0/0/1
Операция Бентала при расщепляющей аневризме аорты (экстренно)	2/2/4	2/1/2
Операция Бентала + АКШ при расщепляющей аневризме аорты (экстренно)	1/0/1	0/0/1
Операция Бентала при аневризме аорты (плановая)	0/0/0	0/0/0
Супракоронарное протезирование восх. аорты	1	0
Всего	4/2/5	2/1/3
Митрально-аортальный (трикуспид.) порок		
Протезирование МК + АК	4/6/7	2/0/0
Протезирование МК + АК + пластика трикуспидального клапана.	1/3/2	0/0/0
Протезирование МК + АК + АКШ	0/2/2	0/0/0
Протезирование МК + ТК	0/3/0	0/0/0
Протезирование МК + АК + пластика ЛП+ удаление тромбов	1	0
Протезирование МК + АК + пластика трикуспид. клапана + удаление тромбов	1	0
Всего	7/12/14	2/0/0
ВСЕГО первичных / операций	93/101/125	10/6/15
Повторные операции на сердце, из них		
Митральная комиссуротомия	–	–
Протезирование МК после комиссуротомии	2/7/5	0/0/0
Протезирование МК + пластика ТК	3/2/2	0/0/0
Протезирование АК	0/1/1	0/0/1
Репротезирование АК (экстренно)	1/1/0	1/1/0
Репротезирование МК (экстренно)	1/1/3	0/0/2
Протезирование МК + удаление тромба ЛП + АКШ	0/1/0	0/0/0
Протезирование МК + АКШ	0/2/1	0/0/0
Протезирование МК + АК + пластика трикусп. клапана	0/1/1	0/1/0
Репротезирован. МК+ пласт. ТК (экстренно)	1	1
Протезир. трикусп. клапана после пластики	1	0
Репротезирование ТК (экстренно)	1	1
Всего повторных операций	10/16/18	3/2/3
Операции при инфекционном эндокардите		
Протезирование МК	4/1/1	0/0/0
Протезирование АК	7/9/11	0/0/0
Протезирование МК + АК	0/3/3	0/0/0
Протезирование МК + пластика АК	0/1/1	0/0/0
Удаление электрода и тромбов из ПЖ	2/1/0	0/0/0
Протезирование АК + пластика МК	0/1/1	0/0/0
Пластика ТК	0/1/1	0/0/0
Протезирование ТК	5/2/1	0/1/0

Протезирование МК + ТК + АКШ	1	0
Удаление ложной аневризмы восх. аорты при ИЭ	1	0
Всего при инфекционном эндокардите	20/19/21	0/1/3
Всего при ППС	123/138/164	13/9/19
Закрытые	0/0/1	0/0/0
С ИК	123/138/164	13/9/19
Врожденные пороки сердца (старше 18 лет)		
Первичные операции		
Неполная форма АВК	1/1/1	0/0/0
Пластика МК + пластика трикусп.кл. + ДМПП	0/0/1	0/0/0
Пластика ДМПП	6/9/10	0/0/0
Пластика ДМПП + пластика 3 створч. кл.	2/1/2	0/0/0
Коррекция экстракардиального аномального дренажа легочных вен	0/0/2	0/0/0
Пластика ДМПП + АКШ	3/1/0	0/0/0
Коррекция экстракардиального аномального дренажа легочных вен + пластика ТК	0/0/2	0/0/0
Коррекция подклапанного стеноза выходного тракта ПЖ + пластика ДМЖП	0/0/1	0/0/0
Коррекция подклапанного стеноза выходного тракта ПЖ	0/1/0	0/0/0
Истмопластика аорты при коарктации аорты	0/1/0	0/0/0
Пластика ДМЖП	2/1/1	0/0/0
Коррекция интракардиального аномального дренажа легочных вен	0/1/0	0/0/0
Протезирование ТК при аномалии Эбштейна	0/1/0	0/0/0
Повторные операции		
Операция при рекоарктации аорты	0/1/0	0/0/0
Всего открытых операций	14/15/18	0/0/0
Эндоваскулярные операции		
Закрытие ОАП	1/3/0	0/0/0
Дилатация стеноза выходного тракта правого желудочка	1/1/0	0/0/0
Всего при ВПС	16/18/18	0/0/0
Закрытые (эндоваскулярные операции)	2/4/0	0/0/0
С ИК	14/14/18	0/0/0
Ишемическая болезнь сердца		
1.Маммаро-коронарное или аорто-коронарное шунтирование из стернотомии без ИК	381/375/363	5/5/2
2.Маммаро-коронарное шунтирование из минидоступа	9/18/14	1/1/0
3. Желудочкосальниково-коронарное шунтирование без ИК	—	—
Из них:	2/7/8	0/0/0
4. АКШ + эндартерэктомия	6/2/1	5/0
5. АКШ+ ВАБКП	2/1/0	0/0/0
6. Использование Heartstring	19/1/5	0/0/0
7. Использование Vasa V	—	—
8.Бимаммарокоронарное шунтирование	12/24/10	0/0/0
9.Гибридные операции	2/8/5	0/1/0
10.Повторные операции после АКШ:	15/1/9	0/0/0
11.После стентирования:	0/0/1	0/0/0
12.КШ диализным больным	41/30/12	0/1/1
13.АКШ при ОКС	1/2/2	1/0/0
14.Экстренное КШ	0/0/1	0/0/0
15.КШ+ЭКС	0/0/1	0/0/0
16.КШ +каротидная эндартерэктомия	10/13/5	0/0/0
17.КШ+ перевязка ушка левого предсердия	—	—
ИК	1/0/11	0/0/1
1.АКШ	1/0/1	0/0/0
2. Аневризмэктомия + АКШ	0/0/1	0/0/0
3.АКШ + пластика ДМЖП	—	—
4.АКШ + пластика МК	—	—
Аутовенозное шунтирование	313/287/346	5/5/3
Полное артериальное шунтирование из них:	48/42/39	1/0/0
Лучевая артерия	2/4/17/15	0/0/0
Внутренняя грудная артерия	96/118/49/20	1/0/0
Артерии и вены	50/ 64/5	0/0/0
КШ без ИК	390/393/377	6/6/2
АКШ + протезирование клапанов с ИК	16/15//24	3/0/6
АКШ + пластика ДМПП с ИК	3/1	0/0
АКШ с ИК	1/0/13	0/0/1
Аневризмэктомия + АКШ	1/1/0	0/0/0
Эндоваскулярно:	—	—
1.Балонная ангиопластика	10/12/25	0/0/0
2.Стентирование коронарных артерий	421/414/378	9/6/3/5
Всего при ИБС	421/414/378	9/6/3/5
Осложнения:		
а) рестернотомия (кровотечение)	4/10/10	
б) ОНМК	0/2/5	0/2
в) реторакотомии (кровотечение)	0/1/2	0/0

г) ТЭЛА	0/0/0	0/0
д) тромбоз шунта	0/0/1	0/0/1
Нарушения ритма сердца		
Всего операций		
Первичная имплантация ЭКС, ИКД из них	621/587/380	7/2/3
Врожденная полная АВ блокада	307/293/267	7/2/1
Полная АВ блокада	0/6/6	0
Послеоперационная блокада	82/124/103	4/2
Синдром слабости синусового узла	10/10/11	0/0
Фибрилляция-трепетание предсердий	76/67/67	0/0
АВ блокада 2 степени	76/80/50	2/0
ДКМП, желудочковая тахикардия	38	0
(Имплантация ИКД)	25/8/5	0/0
Замена ЭКС и электрода	93/109/65	
Операции при тахикардиях, из них	154/115/33	
ЭФИ	14/12/13	
РЧА	140/103/78	
Временная ЭКС	47/35/10/23 умерло 1/1/2	
Ревизия электрода или коннектора	7/3/5	
Электроимпульсная терапия	2/19/5	
Удаление ЭКС и электродов	1/3/0	
Попытка имплантации ЭКС	3/1/2	
Перемещение ложа ЭКС	1/1	
Удаление Reveal	3/3	
Торакотомия, ушивание раны ПЖ	1/0/1	
Ревизия электрода	2/0/3	
Замена электрода	2	
Удаление гематомы ложа ЭКС	4	
Осложнения	Количество	
Всего осложнений	12/12/11	
Нагноение ложа ЭКС	3/2/2	
Дислокация электрода	2/2/2	
Сепсис	1/1	
Ослабление коннектора	0/0/1	
Пневмоторокс	1/1/0	
Гематома ложа ЭКС	2/2/2	
Блокада выхода	2/4/4	
Перфорация правого желудочка	1/0/1	
Умерло	7/2/3	
Дети до 18 лет	16/14	
Больные в возрасте 18–60	173/170	
От 60 до 90	423/403	
Старше 90 лет	9/4	
Прочие операции, из них:		
Остеосинтез грудины в отдаленном периоде после КШ	4/9	0/0
Остеосинтез грудины после протезирования клапанов сердца	0/11	0/0
удаление лигатур из грудины	0/2	0/0
Повторные операции		
по поводу кровотечения	8/20/17	
рестернотомия после КШ	4/9	
рестернотомия после протезирования клапанов сердца	4/10	
рестернотомия после протезирования клапанов сердца по поводу серозного медиастенита	2/0 (у одного больного)	
торакотомия по поводу перфорации правого желудочка электродом при ЭФИ, кровотечение	1	
реторакотомия по поводу кровотечения	0/1/1	
Всего	15/42/19	

ЦИФРОВОЙ ОТЧЕТ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 1 ГУЗ ИОКБ г. ИРКУТСКА ЗА 2013 г.

Всего операций в отделении — 1177, в 2012 г. — 1190; в 2011 г. — 1016, в 2010 г. — 1097; в 2009 г. — 998; в 2008 г. — 1015; в 2003 г. в общем отделении — 524. Федеральные квоты: план — 293 + 20 кардиовертеров-дефибрилляторов (в 2012 план — 149; в 2011 — 290; в 2010 году — 305) план полностью выполнен.

Всего операций на сердце — 1148 (из них эндоваскулярно — 12); в 2012 г. — 1146 (из них эндоваскулярно — 16); в 2011 — 977 (из них эндоваскулярно — 25), в 2009 г. — 988 (из них эндоваскулярно — 14), в 2008 г. — 1005 (из них эндоваскулярно — 24).

Всего операций с искусственным кровообращением — 139. В 2012 г. — 153. В 2011 г. — 195; в 2010 г. — 202, в 2009 г. — 155; в 2008 г. — 189 (без детского отделения).

Использовано одноразовых оксигенаторов для проведения ИК — 139, из них по федеральной квоте — 65 (в 2012 г. было 62 оксигенатора по федеральной квоте; в 2011 году было — 105).

Использовано ЭКС в 2013 — 375; ИКД — 25, электродов — 549; из них однокамерных — 119, двухкамерных — 256 (в 2012 — 383, ИКД — 8, электродов — 469; в 2011: ЭКС — 313, ИКД — 5, электродов — 275; в 2010: ЭКС — 316, ИКД — 12, электродов — 269; 2009: ЭКС — 247, ИКД — 6, электродов — 230).

Вшито 128/136 механических клапанов (из них 16/13 импортных); 7/3 биологических в трикуспидальную позицию, 5/2 биологических — в аортальную, 3/1 — в митральную. Имплантировано в 2013 г. 28 опорных колец; в 2012 — 28; в 2011 — 26, в 2010 — 63, в 2009 — 25.

- умерло после операций — 27 (в 2012 — 19; в 2011 — 25, в 2010 — 23; в 2009 — 25; в 2008 — 28);
- после операций с ИК — 13 (в 2012 — 9; в 2011 — 20, в 2010 — 13, в 2009 — 19; в 2008 — 22);
- закрытые операции при ИБС — 7 (в 2012 — 6; в 2011 — 2, в 2010 — 2, в 2009 — 5; в 2008 — 3);
- после имплантации ЭКС — 7 (в 2012 — 2; в 2011 — 3, в 2010 — 5, в 2009 — 0; в 2008 — 2);
- после прочих операций — 0.

ОТЧЕТ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИИ № 2 за 2012 г.

Характеристика кадрового состава врачей, среднего и младшего медицинского персонала

Отделение кардиохирургии № 2 открыто 01.03.2008 г. согласно приказа главного врача ГУЗ ИОКБ № 78 от 2007 г. на 25 кардиохирургических коек.

Отделение создано в целях повышения доступности высокотехнологичной помощи больным детям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, требующими оперативного лечения.

В отделении имеются: 7 палат на 25 коек (5 палат по 4 койки, 1 палата на 3 койки, 1 палата на 2 койки), перевязочный кабинет, процедурный кабинет,

молочная комната, ординаторская, комната приема пищи для медперсонала, столовая с раздаточной для больных (используется совместно с отделением кардиохирургии № 1), санитарная комната, комната для временного хранения грязного белья, кабинеты заведующего, старшей сестры, сестры-хозяйки, кабинет УЗС-исследований сердца. Имеется раздевалка для медперсонала и комната для хранения хоз. принадлежностей.

Состояние всех палат и вспомогательных помещений отделения — удовлетворительное.

Характеристика кадрового состава врачей, среднего и младшего медицинского персонала:

Штатное расписание соответствует 25-коечному отделению кардиохирургии детского профиля. Заведующий отделением В.Н. Медведев — врач, хирург сердечно-сосудистый высшей категории. Врачи отделения: А.В. Ерошевич — хирург сердечно-сосудистый 2 категории, А.В. Медведев — хирург сердечно-сосудистый 2 категории, Е.Е. Чепурных — к.м.н., хирург сердечно-сосудистый 2 категории, А.Н. Мутина — к.м.н., М.С. Логинова — 2 категория по педиатрии, Т.Г. Кондратьева — детский кардиолог.

Лечебная работа

Прием больных в поликлинике проводился ежедневно сотрудниками отделения Т.Г. Кондратьева и М.С. Логинова. В случае необходимости больные консультируются зав. отделением.

Врач поликлиники выполняет работу по ведению реестра больных с ВПС кардиохирургических больных (табл. 10).

Отчет о консультативном приеме формируется поликлиникой ИГОКБ.

Хирургическая деятельность за 2013 г. (табл. 11):

- всего выполнено **306** операции.
- из них **300** — на сердце.
- операции с ИК — **114**.

Отчет о работе отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения за 2013 г.

Отделение организовано на базе Иркутской государственной областной клинической больницы в 1973 г. и входит в состав Лучевого отдела как одно из лечебно-диагностических отделений. С декабря 1999 г. оснащен ангиографическим комплексом фирмы «Сименс» Ангиостар Плюс Т.О.Р. В декабре 2006 г. получен новый ангиографический комплекс многоцелевого использования «Axiom Artis FC» фирмы «Сименс», который пущен в эксплуатацию в полном объеме с октября 2007 г.

В отделении выполняются все виды диагностических и лечебных рентгеноэндоваскулярных вмешательств в плановом и экстренном порядке круглосуточно пациентам в любом возрасте и при любой тяжести состояния из профильных отделений ИГОКБ, лечебных учреждений г. Иркутска, области и смежных регионов. С июня 2007 г. в отделении оказывается помощь пациентам с острым инфарктом миокарда.

Общая характеристика статистических показателей деятельности отделения кардиохирургии за 2012–2013 гг.

Кардиохирургия № 2	2012	2013
Число сметных коек	25	25
Число развернутых коек	25	25
Плановое кол-во к/дней	5708	6984
Фактически проведено больными к/дней	5866	6177
Процент выполнения плана к/дней	102,8	88,4
Из числа оперированных умерло	18	15
Число умерших	19	18
Пат. анатомических вскрытий	19	18
Процент совпадения диагнозов	100 %	100 %
Процент летальности	4,4 %	4,0 %
Средний к/день до операции	8	6,2
Хирургическая активность	48,4 %	49,3 %
Число больных, имевших осложнения	12	8

Таблица 11

Хирургическая деятельность за 2013 г.

Возрастные группы оперированных больных		
Дети до 1 года – 179 операций	с ИК – 59 операций без – 120 операций	
Дети от 1 до 3 лет – 52 операции	с ИК – 22 операция без – 30 операции	
Дети от 3 до 17 лет – 73 операции	с ИК – 33 операций без – 40 операций	
Кол-во операций по видам нозологии		
Вид операции	Кол-во	Летальные
Закрытие ДМПП	33	0
РЭО ДМПП	4	0
Закрытие ДМЖП	35	1
Закрытие ОАП / эндоваскулярное	65/54	1/0
Закрытие ДМЖП + ДМПП	5	1
Резекция коарктации аорты	14	0
РЭД рекоарктации аорты	2	0
Стеноз легочной артерии	2	0
Тетрада Фалло радикальная корр-я	4	2
Тетрада Фалло анастомоз	1	0
Коррекция АВК н.ф.	7	0
Имплантация ЭКС мио/эндо	3/4	0
ЭФИ РЧА	6	0
Протезирование Ао клапана	2	0
Коррекция ТАДЛВ	2	1
Коррекция ДМЖП со стенозом ЛА	4	0
Коррекция ДМЖП + ОАП	2	0
Коррекция ДМПП + ОАП	5	1
РЭД стеноза клапана ЛА	3	0
Пластика реканализации ДМЖП	2	0
Пластика реканализации ДМПП	1	0
Коррекция ДМПП со стенозом ЛА	1	0

Опухоль ПП, биопсия	1	0
Устранение мембранозного стеноза выходного отдела ЛЖ	1	0
Коррекция трехпредсердного сердца	1	0
Пластика травматического ДМЖП	1	0
Удаление инородного тела из ЛА	1	0
Операция Рашкинда при ТМС	1	1
Операция Рашкинда при ТАДЛВ и гипоплазии ЛЖ	1	0
Клипирование ОАП с бандингом ЛА	4	2
Бандинг ЛА	2	1
РЭО коронарно-легочной фистулы	1	0
Проведение ЭКМО при ТАДЛВ	1	1
Рестернотомия, остановка кровотечения	1	0
Реторакотомия, ревизия анастомоза при КоАо	1	0
Отсроченное ушивание грудины	2	0
Удаление лигатур грудины	9	0
Протезирование трикуспидального клапана биопротезом	2	0
Септация межжелудочковой перегородки при ее отсутствии	1	0
Опухоль ПП	1	0
Анулопластика опорными кольцами МК и ТК	1	0
Пластика по Карпантье ТК при аномалии Эбштейна	1	0
ДОМС от правого желудочка	1	0
Гибридная техника при синдроме гипоплазии левых отделов		
билатеральный бандинг ЛА + стентировании ОАП	1	1
Итого	300	15

ОИМ является одной из главных причин госпитализации и главной причиной смерти в развитых странах. Среди смертности от ССЗ смертность от ИБС — 47,7 %, что в абсолютных цифрах — 426,8 на 100 тыс. населения. Существует два основных метода восстановления проходимости по инфаркт-зависимой артерии: медикаментозный (тромболитическая терапия (ТЛТ)) и механический или эндоваскулярный (транслюминальная баллонная ангиопластика /ТЛБА/ и стентирование). Хирургическое пособие применяется редко, в основном при сопутствующих механических осложнениях ОИМ (дефект межжелудочковой перегородки, отрыв папиллярных мышц). Успешное лечение ОИМ зависит от степени восстановления просвета окклюзированной артерии и соответственно кровотока в ишемизированной ткани миокарда, а также времени, прошедшего между окклюзией и восстановлением просвета сосуда. Именно поэтому наиболее ранняя реперфузия миокарда является патофизиологической основой ОИМ. В связи с вышесказанным, временной интервал от первого симптома до начала лечения пациента с ОИМ (ТЛБА со стентированием или ТЛТ) в идеале не должен превышать 30 минут. Каждый метод реперфузии имеет определенные преимущества и недостатки. Преимущества рентгеноэндоваскулярного метода реперфузии перед ТЛТ заключается в том, что после тромболитического воздействия практически всегда остается резидуальный (остаточный) стеноз сосуда, обусловленный стенозирующей атеросклеротической бляшкой. Однако, несмотря на преимущества ТЛБА и стентирование, до сих пор ТЛТ остается методом выбора в больницах общего профиля, где нет специализированной рентгенохирургической операционной. На сегодняшний день в экономически развитых странах Европы США, коронарной ангиопластике и стентированию подвергаются около 1900 человек на

1 млн. населения ежегодно, превышая использование медикаментозного лечения и коронарного шунтирования. Таким образом, Иркутская область, исходя из среднеевропейских показателей, нуждается в 4940 интервенционных процедурах на коронарных артериях ежегодно. За 2013 г. в отделении рентгенохирургии выполнена имплантация 848 коронарных стентов 747 пациентам. Еще 144 пациентам выполнена баллонная ангиопластика, т.е. 747 пациентам выполнены интракоронарные интервенции, что составляет 15,2 % от необходимого. При наличии двух ангиокомплексов и соответствующего штатного расписания, реальная возможность выполнять имплантацию — 1500 стентов в год. Необходимо отметить, что, как минимум, около 40 % пациентов нуждаются в установке стентов с лекарственным покрытием (семейство Xience), которые обладают выраженным антипролиферативным действием и предотвращают развитие рестеноза. Остальные 60 % стентов распределяются между различными модификациями голометаллических конструкций. За текущий период имплантировано 124 стента с лекарственным покрытием, что составляет 14,6 % (100 стентов при ХИБС и 24 стента при ОКС). В 8 случаях применялся баллон с лекарственным покрытием Dior.

В Иркутской области ежегодно регистрируется около 2500 нарушений мозгового кровообращения. Смертность в этой группе составляет 30 %, что значительно превышает общероссийские показатели, но сравнима с показателями по Сибирскому региону (28 — 41 %). В структуре нарушения мозгового кровообращения преобладают ишемические инсульты (80 — 88 %), связанные в 90 % случаев с атеросклерозом экстра- и интракоронарных сосудов среднего и большого диаметра. В 8 — 10 % инсульт связан с внутримозговым кровоизлиянием и в 4 — 5 % является результатом субарахноидального кровоизлияния. Приемы эндо-

вазкулярной хирургии позволяют реально помогать пациентам с ишемическим инсультом путем ангиопластики и стентирования пораженных сегментов сосуда. Современные принципы защиты головного мозга специальными улавливающими устройствами позволяют значительно снизить процент дистальной эмболии элементами атеросклеротической бляшки: церебральная ангиография с одномоментными эндоваскулярными окклюзиями с помощью клеевых композиций, микроэмболов, микроспиралей, стентов при аневризмах артерий головного мозга, включая артерио-венозные мальформации головного мозга.

У пациентов с изолированным клапанным стенозом легочной артерии и аорты, с рекоарктацией аорты операцией выбора является эндоваскулярная баллонная дилатация сужения. Больным с комплексом Фалло, если имеется клапанное сужение легочной артерии, в качестве предоперационной подготовки к радикальной коррекции также может быть выполнено баллонирование. Ежегодно в клинике выполняется от 5 до 15 операций по устранению этой категории клапанных пороков сердца. Как правило, вмешательство проводится двумя баллонами. В декабре 2013 г. клиника приобрела технологию протезирования аортального клапана, при его стенозе, эндоваскулярным способом. После подбора больных, первое вмешательство планируется выполнить в первом квартале 2014 г.

ОАП является одним из наиболее часто встречаемых врожденных пороков сердца (11 – 20 %). При диаметре протока до 4 мм, 60 – 70 % пациентов возможно выполнить эндоваскулярное его закрытие отделяемыми спиралями. При коммуникациях большого диаметра выполняется эмболизация специальными зонтичными конструкциями Amplatzer.

ДМПП, по данным разных авторов, составляет 5 – 15 % от всех врожденных пороков сердца. До последнего времени основным методом лечения данного порока являлось хирургическое вмешательство на остановленном сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения. В последние годы разрабатывалось значительное количество устройств, при помощи которых возможно выполнить закрытие ДМПП транскатетерным методом посредством пункции бедренной вены, без вскрытия грудной клетки. Наибольшее распространение получила самораскрывающаяся система «Amplatzer Septal Occluder» фирмы «AGA Medical Corporation». Специалистами отделения рентгенохирургии получен сертификат на проведение этих операций, закуплен необходимый инструментарий.

При выполнении диагностических исследований больным с атеросклеротическим поражением периферических и висцеральных сосудов, как правило, изменения носили мультифокальный характер и требовали традиционной радикальной или паллиативной хирургической реваскуляризации. При этом, около 30 % обследованных пациентов являлись кандидатами на миниинвазивную эндоваскулярную коррекцию, которая заключается в ангиопластике или стентировании пораженных сегментов артерий. При условии наличия необходимого матери-

ала возможно выполнить прямое стентирование, стентирование с преддилатацией или баллонную ангиопластику 150 пациентам в течение года. Так же актуальными остаются рентгеноэндоваскулярные вмешательства при легочных и желудочных кровотечениях, которые носят сезонный характер (преимущественно весна и осень), ТЭЛА, где по показаниям имплантируется кавафильтр и др. (табл. 12).

За 2013 г. в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения обследовано 2 949 пациентов, выполнено 6 449 диагностических и 1 559 лечебных рентгеноэндоваскулярных вмешательств. Поток пациентов, нуждающихся в обследовании и лечении рентгенохирургическими методами, непрерывно увеличивается.

Необходимо отметить, что проведение лечебных рентгеноэндоваскулярных вмешательств, таких как дилатация и стентирование коронарных, висцеральных и периферических артерий, баллонная коррекция клапанных стенозов сердца и коарктации аорты, окклюзия открытого артериального протока, закрытие дефектов межпредсердной перегородки и других затрудняется отсутствием должного эндоваскулярного инструментария. За прошедший год с приобретением нового ангиографического комплекса появилась возможность более широко выполнять рентгеноэндоваскулярные лечебные вмешательства на коронарных, брахиоцефальных и периферических артериях и аорте. Освоены методы лечения внутримозговых артерио-венозных мальформаций, артериальных аневризм головного мозга, маслянистая химиоэмболизация метастатических поражений печени. Внедрен трансрадиальный доступ при проведении эндоваскулярных вмешательств.

Обращают на себя особое внимание пациенты с ОИМ. В рамках регионального сосудистого центра за 2013 г. через отделение рентгенохирургии прошло 445 пациентов с ОКС. В 383 случаях пациентам выполнено стентирование коронарных артерий, в 39 случаях выполнена ангиопластика. С окклюзивным тромбозом было выявлено 199 пациентов. С неокклюзивным тромбозом – 168 пациентов. В 48 случаях интервенция не проводилась вследствие мультифокального поражения коронарного русла. В 5 случаях добиться реканализации окклюзированного сосуда не удалось. В 27 случаях патологии коронарного русла не выявлено. В 45-ти случаях вмешательство проводилось на фоне ТЛТ. В 5-ти случаях выполнялась тромбэкстракция.

За прошедший год было 12 острых тромбозов стентов. В одном случае была фрагментация баллона с эмболией 1 ДВ, состояние купировано консервативно. Один летальных исход на столе и два в условиях реанимации в ближайшем послеоперационном периоде. Все погибшие пациенты были с ОИМ, кардиогенным шоком и выраженной левожелудочковой недостаточностью. Других осложнений местного и общего характера, угрожающих жизни пациента, не было. Летальность в отделении составила при ОИМ 0,7 %. Общая летальность – 0,1 %. При ХИБС летальных исходов не было (табл. 13, 14).

Лечебные рентгеноэндоваскулярные вмешательства

Виды интервенций	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ЭОБА при ЛК	117	87	101	131	133	130	149	149	148
ЭРИТ при остром панкреатите	30	25	28	11	16	23	4	0	0
Удаление инородных тел сердца	3	3	1		4	5	2	2	3
ЭОПА при раке почки	4	3	4		0	0	2	2	7
РЭО ГДА при ЖКК	6	13	5	10	25	24	28	29	13
РЭД клапанов ЛА	3	2	1	2	1	0	2	4	2
РЭД коронарных артерий	14	12	18	46	61	148	170	210	144
РЭД коарктации аорты	1		1	2	2	2	3	4	2
РЭО АВА головного мозга			1	3	1	10	5	18	9
РЭО аневризм головного мозга	0	0	0	0	0	0	4	7	3
РЭД артерий нижних конечностей	41	1		4	6	32	17	11	16
Стентирование ОПА	20	9	16	14	33	14	7	60	69
Стентирование коронарных артерий	97	173	210	302	335	791	889	927	848
Реканализация коронарных артерий	8	12	19	28	24	55	9	27	
Реканализация периферических сосудов	5	1	3	2	8	8	12	9	
Стент ВСА	1	8	6	14	19	35	51	52	38
Имплантация кавафильтра	7	3	10	9	13	4	4	5	2
Стент подключичной артерии	3	9	9	9	7	9	11	11	10
РЭО ОАП	11	27	11	14	23	55	44	37	54
Операция Рашкинда	1	1	2	1	1	2	0	2	2
Стентирование АКШ	1				1	1	0	0	0
РЭО ЛА при ЛК	6	1	1	2	2	3	3	3	1
РЭО АВА легкого		2			0	0	0	0	0
РЭО ДМПП системой Amplatzer		1	4	1	0	0	2	2	4
РЭО ГАБ		1		1	1	0	0	1	0
РЭО НСА		2			3	3	2	3	1
Реканализация маточных труб (РКМТ)		5			0	0	1	0	0
Стент-графт при АВМ		4		1	1	0	0	2	8
Стент почечных артерий			4	6	3	7	2	1	5
ЭМА при миоме матки			24	91	44	102	70	57	67
Стентирование брюшного отдела аорты				1	0	2	0	1	3
Стентирование висцеральных ветвей аорты				2	3	3	0	2	
Тромбозэкстракция				0	0	9	5	5	6
РЭО ВСА					2	0	0	2	4
Вертебропластика					8	1	2	10	0
РЭД ВБА					1	0	0	2	8
РЭО ВПА					2	6	4	5	8
РЭО АВА ягодичной артерии					1	0	2	3	1
РЭД ВСА					3	0	0	1	1
Имплантация временного ЭКС					29	34	21	23	15
РЭО печёночных артерий					6	0	2	11	4
РЭО БАЛК					2	2	1	5	0
РЭД подключичной артерии					2	0	0	1	7
Установка перманентного катетера					11	4	16	14	7
Установка ВАБК					3	1	5	2	1
РЭО СА					2	1	2	3	3
Прочее	12	16	8	7	1	3	0	1	35
Итого	385	454	511	736	853	1545	1574	1702	1559

Отчет о работе отделения нейрохирургии за 2013 г.

Показатели	2011	2012	2013
Число сметных коек	60	60	60
Число фактически развернутых коек	60	60	60
Число поступивших больных	1223	1288	1298
Число поступивших сельских больных	477	509	499
% поступления сельских жителей	39	39,5	38,4
Плановое количество к/д	20673	18267	19694
Фактически проведено больными к/д	20215	22322	21208
% выполнения плана к/д	97,8	122,2	107,7
Выписано больных	1215	1279	1277
Число умерших	28	31	28
Выбыло больных (выписано + умерло)	1243	985/ 1310	1305
Длительность пребывания больного в стационаре	16,3	18,5/ 17,0	18,5/ 16,3
% летальности	2,3	5,2/ 2,4	2,1
Вскрыто трупов	28	29	25
в том числе пат. анатомических	14	11	15
судебно-медицинских	14	18	10
Выдано без вскрытия	-	2	3
Число совпадений диагнозов	13	11	15
% совпадения диагнозов	92,8	100	100
Число операций	1188	1108	1216
Проведено больными до операции к/д	5231	5409	6286
Средний к/день до операции	4,4	4,9	5,2
Число больных с осложнениями	2	4	
% послеоперационных осложнений	0,2	1,5/0,3	
Число опер. больных, имевших осложнения	2	4	2
% послеоперационных осложнений	0,2	1,5/0,3	1,5/0,2
Из числа оперир. больных умерло	20	21	25
% послеоперационной летальности	1,8	6/1,8	6/2,1
Хирургическая активность	78,4	45,5/77,6	45,5/83,4
R-исследований всего	2188	2320	2263
Число R-исследований на 1 больного	1,8	1,8	1,7
Лабораторных процедур	81501	97023	108383
К-во лабораторн. процедур на 1 больного	65,5	74,1	83,1
Количество б-х с физиолечением	252	181	157
% охвата физиолечением	20,3	13,8	12
Работа койки за отчетный период	336,9	304/372,0	328/353,5
К/д закрытия			
Число выписанных больных из Иркутска	274	262	379
% выписанных из Иркутска	22	20	29
Оборот койки	20,7	16,4/21,8	17,8/21,7
Оперировано лиц	975	1017	1088

Нозологическая характеристика работы отделения и хирургическая деятельность за 2013 г.

Название заболеваний	Код МКБ 10	Всего больных	Число к/д	Средний к-д	Оперировано больных всего	Операций всего	Послеопер. Осложнений	Умерло после операции	Умерло всего
Нейроонкологические заболевания (всего)		161	3183	19,8	150	183		8	8
Опухоли головного мозга		134	2684	20,0	127	156		8	8
Злокачественные новообразования черепа, головного мозга и его оболочек, черепных нервов, эндокринных желез		41	834	20,3	40	50		3	3
в том числе:									
менингиомы	C70.1								
глиомы	C71.0	39	825	21,2	39	49		3	3
метастазы в мозг	C79.3	1	3	3,0	0	0			
неходжкинская В-клеточная лимфома	C83	1	6	6,0	1	1			
Доброкачественные новообразования черепа, головного мозга и его оболочек, черепных нервов, эндокринных желез		93	1850	19,9	87	106		5	5
остеомы, ксантомы	D16.4	1	8	8,0	1	1			
менингиомы	D32.0	53	1153	21,8	50	58		2	2
Глиомы	D33.0-1	8	119	14,9	7	12		1	1
аденомы гипофиза	D35.2	21	393	18,7	20	24		1	1
краниофарингиомы	D35.3	2	28	14,0	2	2			
невриномы черепных нервов	D33.3	5	78	15,6	4	4			
коллоидные кисты III желудочка	D33.0	1	19	19,0	1	1			
Неуточненная опухоль головного мозга	D42.0	1	5	5,0	1	1		1	1
эпендимома бокового желудочка	D33	1	47	47,0	1	3			
Опухоли спинного мозга		27	499	18,5	23	27			
Доброкачественные новообразования позвоночного столба костей таза, спинного мозга и его оболочек, спинномозговых нервов	D16.4,6,8 D18.0	6	112	18,7	4	4			
	D32.1	4	65	16,3	4	4			
	D33.4	14	267	19,1	13	16			
	D33.7, D18	2	40	20,0	2	3			
Злокачественные новообразования позвоночного столба костей таза, спинного мозга и его оболочек.	C72								
	C41.2.,4								
	C90	1	15	15,0					
Неуточненная опухоль спинного мозга	D43.4								
Цереброваскулярные заболевания		129	2565	19,9	120	173		7	8
Всего артериальных аневризм		80	1455	18,2	75	97		4	5
Артериальные аневризмы в остром периоде	I 60.0-7	51	955	18,7	50	71		5	5
в том числе: ПСА – ПМА		22	393	17,9	21	31		3	3
СМА		9	167	18,6	9	13		1	1
ВСА		14	283	20,2	14	21		1	1
ВББ		1	8	8,0	1	1			
Множественные аневризмы	I 72.8	5	104	20,8	5	5			
Артериальные аневризмы в холодном периоде	I 72.0-8	29	500	17,2	25	26		0	0
в том числе: ПСА – ПМА		6	84	14,0	5	5			

СМА		7	172	24,6	7	7			
ВСА		10	153	15,3	8	9			
ВББ		1	8	8,0	0	0			
Множественные аневризмы	I72.8	5	83	16,6	5	5			
Всего АВМ		23	593	25,8	23	41		2	2
АВМ в холодном периоде	Q28.2, Q28.3	13	361	27,8	13	22			
АВМ в остром периоде	I 60.8	10	232	23,2	10	19		2	2
Артерно-синусные соустья	I 67.8								
Геморрагический инсульт	I 61.0	25	489	19,6	22	35		1	1
ОНМК по ишемическому типу	I63	1	28	28,0					
Воспалительные заболевания ГМ, туберкулема, хронический синусит	G06.0;-2, G09	10	234	23,4	10	14		1	1
	M86.6, I32.4, G04.8	5	154	30,8	4	4			
Гидроцефалия	G91.0	9	155	17,2	8	8			
Аномалии развития	Q07.0, 03.0	15	333	22,2	13	14			
Болезнь Паркинсона	G20.0	4	82	20,5	4	5			
Невралгия тройничного нерва	G 50.0	1	15	15,0	1	1			
Дегенеративные болезни позвоночника		609	10497	17,2	518	526		1	1
остеохондроз	M42.0	53	739	13,9					
спинальный стеноз ПОП	M48.0	61	1192	19,5	54	56			
спинальный стеноз ШОП	M48.0	13	228	17,5	12	12	1	1	1
грыжа диска ШОП с миелопатией	M50.0	15	271	18,1	14	14			
Дегенеративный спондилолистез	M43.1	13	253	19,5	11	12			
Грыжа диска пояснич. и других отделов позв. с радикулопатией	M51.0-2	427	7373	17,3	400	405			
Грыжа диска ШОП с радикулопатией	M50.1	27	441	16,3	27	27			
Острая черепно-мозговая травма		208	2779	13,4	119	129		8	9
Сотрясение головного мозга	S06.0	37	451	12,2	14	14			
Поверхностная травма и раны	S00.0-7	13	47	3,6					
Травматический отек, диффузная и очаговая травма мозга	S06.1;-3, S02.0	79	1196	15,1	38	43			1
Травматическое внутричерепное кровоизлияние	S06.4;-6	77	1016	13,2	66	70	1	7	7
Травма головного мозга с длительным коматозным состоянием	S06.7	2	69	34,5	1	2		1	1
Позвоночно-спинальная травма		82	1421	17,3	73	91		1	1
Травма позвоночника	S12-S14	28	513	18,3	25	31		1	1
	S22-S24	16	273	17,1	16	22			
	S32-S34	33	491	14,9	27	31			
Последствия перелома позвоночника и травмы спинного мозга	T91.1,3	5	144	28,8	5	7			
Последствия черепно-мозговой травмы	T90.1;-5	71	1205	17,0	68	68			
Дефект черепа	T90.2	66	1145	17,3	66	66			
назоликворея	Q05.0, G96, I34.1	5	60	12,0	2	2			
Прочая нейрохирургическая патология		1	6	6,0	0	0			
Рассеянный склероз	G35	1	6	6,0					
Итого по всем разделам:		1305	21208	16,3	1088	1216	2	26	28

Показатели выполнения программы госгарантий Иркутской области в 2013 г.

Государственное задание ВМП дорожной (план)		Государственное задание ВМП дорожной (факт)		% выполнения		Всего бюджет (план)		Всего бюджет (факт)		% выполнения		ВМП федеральные квоты (план)		ВМП федеральные квоты (факт)		ОМС (план)		ОМС (факт)		% выполнения	
Б-е	К/дни	Б-е	К/дни	Б-е	К/дни	Б-е	К/дни	Б-е	Б-е	Б-е	Б-е	Б-е	К/дни	Б-е	К/дни	Б-е	К/дни	Б-е	К/дни	Б-е	К/дни
189	4160	232	4390	123	106	217	4824	243	112	150	2970	150	2644	700	11900	895	13609	128	114		

Анализ тактики лечения и структуры патологии

Анализ позволяет заключить, что только 5 % больных с нейроонкологической патологией выписаны из отделения без операции. Год назад этот показатель составлял 9,3 %. Показатель характеризует качество отбора пациентов для хирургического лечения на догоспитальном и небольшое количество больных, признаваемых не подлежащими хирургическому лечению. Показатель весьма демонстративный и характеризует возросший опыт специалистов в области нейроонкологии, достаточный технологический уровень операционного блока и высокое качество работы отделения нейрореанимации. Количество нейроонкологических больных уменьшилось — 161 против 189 в 2012 г. Это связано с открытием отделения нейрохирургии в ООД.

Число операций при аденомах гипофиза остается неизменным. Это является следствием изменения подходов к назначению хирургической операции при данной патологии. Значительная доля аденом лечится консервативно. Все больные оперированы эндоскопическим трансназальным доступом. Послеоперационный период протекал значительно легче, но не стал короче из-за длительной борьбы с послеоперационной ликвореей.

Из 134 больных (против 162 в прошлом году) оперированных по поводу опухоли головного мозга умерло 8 пациентов (3,7 %). Среди них 47 человек лечились по поводу глиом головного мозга, причем у 39 были злокачественные опухоли. Летальных исходов было 4. Анализ причин приведен в соответствующем разделе отчета.

В разделе сосудистой патологии головного мозга смертность при операциях на артериальных аневризмах несколько снизилась и составила 5,3 % против 7,6 % в прошлом году. В остром периоде кровоизлияния оперировано 70 % больных. Показатели летальности удалось снизить за счет выбора относительно выжидательной тактики лечения. Операции в остром периоде проводятся только больным в возрасте менее 70 лет с учетом скорости артериального кровотока. Она должна быть наиболее близкой к норме. После операций в холодном периоде кровоизлияния летальных исходов не отмечено.

В течение всего года, по мере поступления расходных материалов, в отделении продолжено внедрение современных технологий эндovasкулярных

операций на артериальных аневризмах и АВМ. За 2013 г. в отделении выполнено 9 клеевых окклюзий артериовенозных мальформаций и койлинг 3 артериальных аневризм и стентирование сонных артерий на уровне шейки аневризмы у 3 больных. Дважды применялись потоконаправляющие стенты (flow-diverter). Небольшие объемы эндovasкулярных операций зависят от высокой стоимости такой технологии. Но очень важно, чтобы врач мог выбирать между техниками выключения аневризмы и иметь возможность пользоваться технологиями на месте.

Значительно расширились возможности отделения в проведении операций на позвоночнике при травме и дегенеративных поражениях. Проведено 165 операций с применением стабилизирующих операций при травме позвоночника и спинного мозга и остеохондрозе позвоночника различными металлоконструкциями — от корпородеза титановыми кейджами и пластинами на шейном уровне, транспедикулярной многоуровневой фиксации — на грудном и поясничном отделах, протезирования тел позвонков телескопическими системами до применения динамической стабилизации позвоночника и протезов межпозвонковых дисков. В этом направлении постоянно осваиваются новые типы стабилизирующих конструкций для позвоночника.

Объемы высокотехнологичных видов медицинской помощи отделения нейрохирургии за 2013 г.

Больные, оперированные в отделении по федеральной и областной программам ВМП, составляют 421 человек. Им сделано 493 операции, что составляет 38,9 % от всех оперативных вмешательств.

Как видно из таблицы 15, плановое задание по всем источникам финансирования выполнено на 112 — 123 %. В целом отделение по всем источникам выполнило плановое задание на 107 %. При этом четверть года оно, фактически, функционировало на 40 коек. Больше количество больных удалось пролечить за счет интенсификации труда и сокращения общего пребывания больных на койке.

Плановые операции проведены у 939 больных. Экстренные операции проведены у 149 больных.

Количество операций на 1 хирурга = 86,85 (в 2012 г. = 69,25).

СОСТОЯНИЕ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013 г.

Специализированная ортопедо-травматологическая служба Иркутской области представлена 21 отделением: 18 взрослыми, 3 детскими, а также 10 хирургическими, в состав которых входят ортопедо-травматологические койки. В динамике обеспеченность травматологическими койками на 10 000 населения в 2010 – 2013 гг. составляет 3,7 – 3,5 – 3,6 – 3,7 (среднереспубликанский показатель по РФ – 3,8). Число дней работы койки в году в 2010 – 2013 гг. соответственно 365 – 361 – 360 – 362. Средняя длительность пребывания больного на койке снизилась от 13 до 12,8. Отмечается положительная динамика по обороту койки: 2012 г. – 26,3, 2013 г. – 26,7. Положительная динамика в укомплектованности врачами травматологами-ортопедами: с 71,8 до 73,4, но остается ниже обеспеченности по РФ. В Иркутской области – 7,6 на 100 000 населения, в РФ – 10,7.

В связи с полноценной работой травмцентров III – II уровня, межрайонных центров, госпитализация и лечение тяжелых больных с сочетанной травмой осуществляется согласно маршрутизации по отработанному алгоритму лечения по уровню травмцентров. Несмотря на большое количество поступающих пациентов с сочетанной травмой в состоянии шока и без учета ДТП смертность снизилась. Примером является областное государственное учреждение здравоохранения Иркутская городская больница № 3. За 2012 г. госпитализировано пациентов с сочетанной травмой и шоком (без учета ДТП) – 432 пациента, из них умерших – 21. В 2013 г. поступивших пациентов с вышеперечисленной патологией – 638, т.е. на 206 больных больше, умерло 18. Прослеживается отчетливая положительная динамика лечения больных с сочетанной травмой. За период 2011 – 2013 гг. увеличилась оперативная активность ОГБУЗ ИГКБ № 3, Ангарской больницы скорой медицинской помощи, в Шелехове, Усть-Илимске, Братской больнице № 1, Саянской ГБ (межрайонный травмцентр). По-прежнему на низком уровне оперативная активность в Черемховской городской больнице № 2, что объясняется тем, что основным методом лечения является консер-

вативный. Снижение оперативной активности Тулунской, Нижнеудинской больниц объяснимо (проводился капитальный ремонт).

В соответствии с приказами № 991н, 201н, 317н Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации значительно улучшилась материально-техническая база травматологических центров и травматологии в целом по Иркутской области. За период 2013 г. оказана высокотехнологичная помощь в связи с последствиями травм и заболеваниями опорно-двигательной системы в г. Иркутске и НИИТО РФ 1 724 пациентам (табл. 16, 17).

В планах на 2014 г. – дальнейшая отработка технологии артроскопической пластики собственными тканями ПКС коленного сустава, артроскопия плечевого, локтевого суставов. Локальная хондропластика на нагружаемой части хряща поврежденных участков, хрящем ненагружаемой части.

Продолжить расширять технологию субкапитального биполярного эндопротезирования тазобедренного сустава больным с субкапитальными, трисцервикальными травмами пожилого и старческого возраста. Расширить и обучить технологии стабилизации нестабильных переломов таза типа В, С внеочаговыми фиксаторами и погруженными на базе ОГБУЗ ИГКБ № 3.

Осуществлять консультативные рекомендации дистанционно, круглосуточно по оказанию медицинской помощи пострадавшим при ДТП. Проведение ежемесячной сверки и анализа причин смертности пострадавших при ДТП в региональной медицинской информационной системе.

ИТОГИ РАБОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОБЛАСТИ В 2013 г.

Для оказания эндоскопической помощи на территории области создано 80 эндоскопических подразделений (кабинетов и отделений). Ввиду неравномерности распределения населенных пунктов, особенности проживания и отдаленность некоторых населенных пунктов относительно центров, где осуществляется эндоскопическая помощь, остается ряд нерешенных проблем, они касаются доступности и качества медицинской помощи, оказания экстренной помощи и улучшения диагностики начальных стадий онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Таблица 16

Основные показатели травматизма по Иркутской области в динамике (2011–2013 гг.)

Показатели	2011	2012	2013	РФ
Уровень травматизма (на 10 000 населения)	996,8	996,6	996,9	976,6
Травматизм с ВУТ (на 100 работающих), количество	5,0	5,1	4,9	4,4
Случаев – количество дней	124,2	124,0	124,1	102,1
Средняя длительность одного случая	15,9	15,7	15,8	19,5
Инвалидность (на 10 000 населения)	5,1	5,0	5,1	5,4
Летальность	1,6	1,5	1,7	1,9

Основные показатели работы ортопедо-травматологических отделений области за 2013 г.

Показатель	2011 год	2012 год	2013 год
ОГБУЗ «Усть-Илимская ЦГБ»			
Отделение на (количество коек)	60	60	60
Госпитализировано	1649	1608	1585
Выписано	1610	1537	1606
Проведено койко-дней всего	20391	20856	20713
План койко-дней	19541	19529	19524
% выполнения плана койко-дней	104 %	107 %	106 %
Работа койки в году	325,7	325	325
Фактическая работа	339,9	347,6	345
Оборот койки	27,3	26,4	26,6
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,4	13,2	12,9
Оперативная активность %	53,9 %	55,4 %	60,2 %
Всего операций	883	877	962
Всего умерло	17	21	22
Летальность %	1,04 %	1,35 %	1,37 %
Послеоперационная летальность %	1,4 %	1,8 %	1,8 %
Сельских жителей	277	273	252
Дооперационных койко-дней	1,2	1,2	1,2
ОГБУЗ «Усть-Кутская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	26	19	23
Госпитализировано	769	829	775
Выписано	758	804	758
Проведено койко-дней всего	8213	7807	
План койко-дней	8580	6600	
% выполнения плана койко-дней	101,0 %	118,3 %	105,2 %
Работа койки в году	315,9	410,9	347,3
Средняя длительность пребывания больного на койке	10,6	9,4	10,0
Оперативная активность	73,5 %	71,5 %	75,2 %
Всего умерло	18	21	17
Летальность	2,5 %	2,5 %	2,1 %
Послеоперационная летальность	2,4	2,2	1,6
Сельских жителей	122	66	
ОГБУЗ «Черемховская городская больница № 1»			
Отделение на (количество коек)	60	60	60
Выписано	1261	1268	1352
Проведено койко-дней всего	16003	14927	16562
План койко-дней	16500	16500	14626
Работа койки в году	320	300	331
Оборот койки	25,2	25,4	27,0
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,6	11,8	12,3
Оперативная активность %	34,1 %	30,5 %	35,2 %
Всего умерло	8	12	16

Летальность %	0,7 %	0,9 %	1,1 %
Сельских жителей	412	431	457
Дооперационных койко-дней	2,0	2,0	2,3
ОГБУЗ «ЧГБ № 2»			
Отделение на (количество коек)	45	43	43
Выписано	853	952	1025
Проведено койко-дней всего	11040	11145	11957
План койко-дней	13200	12540	10830
Работа койки в году	276	293,3	314
Оборот койки	21,4	25,3	26,9
Оперативная активность	16,2	13,9	13,8
Всего умерло	5	8	1
Летальность	0,6	0,8	0,1
Послеоперационная летальность %	0,62	1,5	0
Сельских жителей	163	273	283
Дооперационных койко-дней	4,6	4,9	4,9
ОГБУЗ «Тулунская городская больница»			
Отделение на (количество коек)	55	55	47
Госпитализировано	1345	1260	1345
Выписано	1326	1239	1326
Проведено койко-дней всего	16164	14122	16164
План койко-дней %	95,1 %	92,3 %	95,1 %
Работа койки в году	323	313,8	323
Оборот койки	26,3	28,0	26,9
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,0	11,2	12,0
Оперативная активность %	57,3 %	57,6 %	57,3 %
Всего умерло	18	21	18
Летальность травматологических больных %	1,3 %	1,7 %	1,3 %
Послеоперационная летальность %	1,58 %	1,82 %	1,58 %
Городских жителей	917	764	917
Сельских жителей	410	498	410
Дооперационных койко-дней	2,2	2,1	2,2
Послеоперационные осложнения %	1,6 %	1,5 %	1,6 %
ОГБУЗ «Усольская городская многопрофильная больница»			
Отделение на (количество коек)	60	57	57
Госпитализировано	1677	1423	1453
Выписано	1600	1347	1337
Проведено койко-дней всего	20984	19848	18433
План койко-дней	19432	18810	18814
% выполнения плана койко-дней	108,0	105,5	98,0
План работы койки в году	330	330	340
Фактическая работа	349,4	348,2	323
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,8	13,9	12,8
Оперативная активность %	54,6	58,6	60,27
Всего умерло	35	39	48
Летальность %	2,1	2,9	3,34

БСМП г. Ангарска			
Отделение на (количество коек)	55	55	55
Госпитализировано	1696	1516	1663
Выписано	1665	1478	1622
Проведено койко-дней всего	17436	19974	18668
План койко-дней	18100	18100	18150
% выполнения плана койко-дней	110,4	102,9	108,8
Работа койки в году	363,2	339,4	359,2
Оборот койки	30,9	27,5	30
Средняя длительность пребывания больного на койке	11,8	12,3	12
Оперативная активность	64,5	68,3	61,8
Всего операций	1096	1033	1018
Всего умерло	34	35	26
Летальность %	2	2,3	1,6
Послеоперационная летальность %	1,2	1,5	0,9
ОГБУЗ «Шелеховская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	40	40	40
Госпитализировано	1183	969	878
Выписано	1162	965	861
Проведено койко-дней всего	13631	11975	11346
% выполнения плана койко-дней	103,3	90,7	86
Работа койки в году	340,78	334,06	283,6
Средняя длительность пребывания больного на койке	11,54	12,32	12,9
Оперативная активность %	64,6	66,4	64,6
Всего операций	655	704	424
Всего умерло	16	10	9
Летальность	1,35 %	1,02 %	
Дооперационных койко-дней	1,8	1,8	1,6
ОГБУЗ «Саянская городская больница», отделение травматологии			
Отделение на (количество коек)	27	25	20
Госпитализировано	773	599	493
Выписано	760	584	499
План койко-дней	8910	8230	6600
% выполнения плана койко-дней	103,5	101,1	98,4
Фактическая работа	9221	8321	6492
Оборот койки	28,6	23,9	24,9
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,0	13,9	13,1
Оперативная активность %	35,1	55,9	65,6
Всего операций	268	311	311
Всего умерло	10	13	2
Летальность	1,4	2,1	0,4
ОГБУЗ «Саянская городская больница», отделение сочетанной травматологии			
Отделение на (количество коек)	15	10	
Госпитализировано	43	203	
Выписано	38	192	
План койко-дней	1238	3985	
% выполнения плана койко-дней	47,1	70,8	

Фактическая работа	583	2822	
Оборот койки	10,0	16,9	
Средняя длительность пребывания больного на койке	14,5	13,9	
Оперативная активность %	45	71,9	
Всего операций	18	146	
Всего умерло	1	11	
Летальность	2,5	5,4	
ОГБУЗ «Качугская ЦРБ», хирургическое отделение			
Отделение на (количество коек)	20	13	16
Госпитализировано	619	432	363
Выписано	613	439	350
Количество хирургических коек	20	13	16
План койко-дней	5973	4395	2970
% выполнения плана койко-дней	79	76	91
Работа койки в году (план)	330	330	330
Фактическая работа	261	250	301
Оборот койки	34	32,7	38,8
Средняя длительность пребывания больного на койке	7,7	10,5	10,5
Оперативная активность	32,0	32,1	51,4
Всего операций	196	141	180
Всего умерло	13	7	11
Летальность	2,1	1,6	3,1
Послеоперационная летальность	1,5	2,8	5
Дооперационных койко-дней	0,7	1,5	0,4
ОГБУЗ «Железногорская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	23	23	19
Госпитализировано	476	611	568
Выписано	464	587	564
Проведено койко-дней всего	7342	6798	6277
Оборот койки	20,91	20,86	30,26
Средняя длительность пребывания больного на койке	15,26	11,17	10,92
Оперативная активность %	88,18	49,56	55,5
Всего умерло	17	10	11
Послеоперационная летальность %	2,74	2,4	3,36
ОГБУЗ «Заларинская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	10	10	10
Госпитализировано	624	607	629
Выписано	615	600	614
Проведено койко-дней всего	5360	5360	5838
План койко-дней	3590	3590	3590
Работа койки в году	564,1	564,1	583,8
Средняя длительность пребывания больного на койке	8,9	9,6	9,2
Оперативная активность	65	65	26,4
Всего умерло	8	7	5
Летальность	0,8	0,8	1,2
Послеоперационная летальность	1,5	1,5	0,3

Сельских жителей	248	248	248
Дооперационных койко-дней	3	3	5
ОГБУЗ «Киренская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	30	20	20
Госпитализировано	842	672	679
Выписано	820	659	665
Проведено койко-дней всего	7868	6353	6276
План койко-дней	10200	6724	6800
Работа койки в году	291,4	317,7	313,8
Средняя длительность пребывания больного на койке	9,3	9,5	9,2
Оперативная активность	63,9	45,8	55,9
Всего операций	538	308	372
Всего умерло	23	9	18
Летальность	2,7	1,3	2,7
Послеоперационная летальность	1,9	0,9	1,35
Сельских жителей	249	200	231
Дооперационных койко-дней	1,7	2	2
ОГБУЗ «Зиминская городская больница», хирургическое отделение			
Отделение на (количество коек)	25	20	18
Госпитализировано	669	585	665
Выписано	655	575	650
Проведено койко-дней всего	8459	5163	6064
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,6	8,82	9,2
Оперативная активность	50,6	60	35,7
Всего операций	335	352	238
Всего умерло	14	10	15
Летальность	2,0	1,7	2,2
Послеоперационная летальность	8	8	12
Сельских жителей	164	153	155
Дооперационных койко-дней	444	328	606
ОГБУЗ «Областная больница № 2» п. Усть-Ордынский			
Отделение на (количество коек)	25	25	25
Госпитализировано	710	697	717
План койко-дней	8254	8250	8580
% выполнения плана койко-дней	108,5	8810	111,9
Работа койки в году	358,1	352,4	369,4
Фактическая работа	8952	8950	9605
Оборот койки	28,4	27,9	27,6
Средняя длительность пребывания больного на койке	16,6	12,6	13,4
Оперативная активность %	38	42,2	40,02
Всего умерло	9	3	2
Летальность %	0,4	0,4	0,3
ОГБУЗ «Слюдянская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	10	22	46
Госпитализировано	448	978	1014
Выписано	436	978	1014
Проведено койко-дней всего	5891		

Средняя длительность пребывания больного на койке	7,9	8,2	8,4
Оперативная активность %	48,7	48,5	49
Всего умерло	6	17	21
Летальность %	1,3	1,7	2,0
Послеоперационная летальность %	0,7	1,6	2,4
Дооперационных койко-дней	0,7		
Занятость койки в году	331,0	292,5	362,5
ОГБУЗ «Мамско-Чуйская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	10	10	9
Госпитализировано	281	264	262
Выписано	279	264	261
Проведено койко-дней всего	2523	2377	2457
План койко-дней	84,1%	92,9%	98,3%
Средняя длительность пребывания больного на койке	9,0	9,0	9,4
Оперативная активность %	57,7 %	48,1 %	58,0 %
Всего умерло	2	2	2
Летальность %	0,7 %	0,8 %	0,8 %
Послеоперационная летальность %	1,2 %	1,5 %	0,6 %
Сельских жителей	0	0	0
Дооперационных койко-дней	1,2	1,7	1,7
Занятость койки в году	280,3	257,1	273,0
ОГБУЗ «Казачинско-Ленская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	31	23	23
Госпитализировано	381	824	718
Выписано	377	793	709
Оперативная активность %	45,3	45,5	49,9
Всего операций	171	361	354
Всего умерло	4	8	5
Летальность %	2,3	1,0	0,7
Дооперационных койко-дней	1,0	1,1	0,3
Сельских жителей	291	286	221
Фактически проведено койко-дней, всего	9747	7198	6971
План койко-дней	9900	8084	7540
Процент выполнения	98,4 %	89,9 %	92 %
Работа койки в году	329,7	327,2	309,1
Оборот койки	37,1	36,9	31,1
ОГБУЗ «Нукутская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	18	18	25
Госпитализировано	730	680	844
Работа койки	341,3	328,6	290,3
Оборот койки	40,6	37,8	33,8
План койко-дней	5441	5621	7675
Фактическое количество койко-дней	6144	5915	7258,4
% выполнения плана койко-дней	112,9	105,2	94,3
Средняя длительность пребывания больного на койке	8,4	8,7	8,6
Летальность %	1,4	0,6	0,8

Послеоперационная летальность %	0,4	0,7	0,9
Оперативная активность %	74,8	62,5	64,6
Всего операций	546	425	545
МУЗ «Ольхонская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	10	10	10
Госпитализировано	241	214	203
План койко-дней	2200	2200	1333
Проведено койко-дней всего	1881	1767	1542
% выполнения плана койко-дней	85,5 %	80,3 %	115,7 %
Выписано	232	211	201
Всего умерло	5	0	4
Средняя длительность пребывания больного на койке	8,2	8,4	8
Летальность %	2,1	0	1,9
Всего операций	114	104	105
Средний койко-день до операции	1	1	1
Послеоперационная летальность %	1,8	0	0,95
Оперативная активность %	48,5	49,2	51,7
Оборот койки	23,2	21,1	20,3
ОГБУЗ «Чунская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	10	10	
Госпитализировано	327	1242	
Средняя длительность пребывания в стационаре	9,3	9,1	
Занятость койки в году	291,9	259,8	
Оперативная активность %	53,7 %	58,7 %	
План койко-дней	13401	14146	
Всего умерло	26	30	
Послеоперационная летальность %	1,4 %	1,6 %	
Дооперационных койко-дней	2,1	1,5	
МУ «Усть-Удинская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	5	5	
Госпитализировано	119	124	
Проведено койко-дней всего	1427	1894	
План койко-дней	1200	1800	
Работа койки	285,4	365	
Оперативная активность %	20,2	41	
Всего умерло	3	3	
Летальность %	2,5	2,4	
% выполнения плана койко-дней	118,9	105,2	
Послеоперационная летальность %	8,3	3,9	
Всего операций	24	51	
ОГБУЗ «ЦРБ г. Бодайбо»			
Отделение на (количество коек)	25	25	25
Госпитализировано	826	825	858
Выписано	817	812	866
Проведено койко-дней всего	7681	8048	8085
План койко-дней	8072	8072	8000

% выполнения плана койко-дней	95	100	101,1
Средняя длительность пребывания больного на койке	9,23	9,7	9,3
Оперативная активность %	44,5	47	44,8
Всего умерло	21	21	13
Летальность %	2,5	2,56	1,5
Послеоперационная летальность %	2,5	3,2	1,9
Всего операций	371	402	470
Оборот койки	33,28	33,16	34,7
МБУЗ «Нижеудинская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	55	45	45
Госпитализировано	1102	1191	1082
Проведено койко-дней всего	14305	13456	13647
% выполнения плана койко-дней	89,4	97,0	103,3
Работа койки в году	286,1	320,3	303,2
Оборот койки	22,1	26,4	23,9
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,9	12,1	12,6
Оперативная активность	41,8	35,9	32,8
Всего операций	461	428	353
Всего умерло	20	26	24
Летальность	1,8	2,1	2,2
Сельских жителей	368	386	354
Травматологическая служба МО «Тайшетский район»			
Отделение на (количество коек)	40	33	30
Госпитализировано	1006	858	881
Выписано	938		
Проведено койко-дней всего	10954	11717	11587
Работа койки в году	273,9	355,1	386,2
Оборот койки	25,2	26	29,4
Средняя длительность пребывания больного на койке	10,9	13,7	13,1
Оперативная активность %	34	50	58
Всего операций	357	434	514
Всего умерло	28	36	34
Летальность %	2,7	4	3,8
Послеоперационная летальность %	2,5	3,2	2,3
Травматологическая служба г. Братск (ГБ № 1, ГБ № 5, ДГБ)			
Отделение на (количество коек)	80	120	120
Госпитализировано	3571	3503	3443
Выписано	3525	3456	3373
Проведено койко-дней всего	44887	43584	44195
% выполнения плана койко-дней	102,5	104,1	104,0
Работа койки в году	340,0	349,2	352,4
Оборот койки	26,9	28,85	26,6
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,72	12,6	12,9
Оперативная активность %	49,0	59,09	62,8
Всего операций	1660	1525	1487
Всего умерло	46	47	50
Летальность %	1,4	1,38	1,58

Послеоперационная летальность %	1,63	1,93	1,52
Дооперационных койко-дней	1,45	1,55	1,8
Травматологическая служба г. Братск ОГБУЗ «Братская ЦРБ» и Братского района Иркутской области			
Отделение на (количество коек)	70	70	70
Госпитализировано	704	679	760
Выписано	689	671	744
Проведено койко-дней всего	8109	8454	9106
% выполнения плана койко-дней	98,3	98,2	119,1
Средняя длительность пребывания больного на койке	11,5	12,2	12,4
Оперативная активность %	42,5	41,8	53,4
Всего операций	299	284	406
Всего умерло	15	8	12
Летальность %	2,1	1,2	1,6
Послеоперационная летальность %	5	1,8	2,4
Работа койки		324	361,4
ОГБУЗ «Аларская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)	21	23	24
Госпитализировано	798	875	900
План койко-дней	6744	7360	7808
Проведено койко-дней всего	6849	7429	7368
% выполнения плана койко-дней	101,55	100,94	94,36
Средний койко-день	8,5	8,49	8,1
Оперативная активность %	51,95	50,9	44,2
Всего операций	403	449	412
Летальность %	0,87	0,79	1,44
Послеоперационная летальность %	0,75	1,56	2,5
Работа койки	326	323	307
Оборот койки	38,3	38,04	37,5
МУЗ «Катангская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)		5	
Госпитализировано		121	
Выписано		124	
План койко-дней		1040	
Проведено койко-дней всего		1282	
Средний койко-день		10,0	
Оперативная активность %		9,0	
Всего операций		11	
Летальность %		0	
Послеоперационная летальность %		0	
Работа койки		256	
Оборот койки		25	
Боханская ЦРБ			
Отделение на (количество коек)	30	30	25
Госпитализировано	814	868	1014
План койко-дней	9900	9900	7510
Проведено койко-дней всего	8745	10285	9625
% выполнения плана койко-дней	88,3	103,8	128

Средний койко-день	10,7	11,8	9,5
Оперативная активность %	62 %	59 %	58,4 %
Всего операций	510	511	593
Летальность %	0,7	1,7	0,9
Послеоперационная летальность %	0,78	1,56	0,84
Работа койки	291,5	342,8	384,8
Оборот койки	27,1	28,9	40,5
Осинская ЦРБ			
Отделение на (количество коек)	20	20	20
Госпитализировано	716	753	953
План койко-дней	6541	6264	6096
Проведено койко-дней всего	6659	7159	8479
% выполнения плана койко-дней	101,8	114,3	116,73
Средний койко-день	9,3	9,4	7,9
Оперативная активность %	61,5	64,01	56,7
Всего операций	440	482	541
Летальность %	0,84	0,6	0,731
Послеоперационная летальность %	5/1,1	4/1	5/1
Работа койки	333	358	
Оборот койки	35,3	37,75	47,9
МУЗ «Балаганская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)		17	
Госпитализировано		513	
Выписано		513	
План койко-дней		4692	
Проведено койко-дней всего		4692	
Средний койко-день		9,1	
Оперативная активность %		47,6	
Всего операций		250	
Летальность %		0,8	
Послеоперационная летальность %		0,8	
Умерло		4	
Работа койки		312,8	
Дооперационных койко-дней		1	
МУЗ «Куйтунская ЦРБ»			
Отделение на (количество коек)		60	
Госпитализировано		1311	
Выписано		1288	
План койко-дней		16500	
Проведено койко-дней всего		13316	
Средний койко-день		10,0	
Оперативная активность %		47,4	
Сельских жителей		808	
Умерло		33	
Летальность %		2,4	
Послеоперационная летальность %		2,5	
Работа койки		266,3	

Дооперационных койко-дней	1,8	
Стационарная травматологическая служба г. Иркутска		
Отделение на (количество коек)		
Госпитализировано	4371	4281
План койко-дней	55102	54782
Проведено койко-дней всего	55915	56041
% выполнения плана койко-дней		
Средний койко-день	12,35	13,9
Оперативная активность %	80,7	78,1
Всего операций	3599	3506
Умерло	27	30
Летальность %	1%	0,7%
Среднее пребывание больного на койке	12,35	13,9
Работа койки	338,3	341
Оборот койки	26,7	26

По данным отчетов в 2012 г. выполнено 233 257 эндоскопических исследований, в 2011 – 240 211, в 2010 – 177 228. Эндоскопическое исследование было выполнено каждому 11-у жителю Иркутской области (табл. 18).

Таблица 18

*Количество выполненных исследований
в 2010–2012 гг.*

Количество эндоскопических исследований	2010	2011	2012
	177 228	240 211	233 257

Всего выполнено из основных эндоскопических исследований в 2012 году 126 083 гастроскопий (2011 – 147 180; 2010 – 138 409), 19 327 – колоноскопий (2011 – 21 728; 2010 – 18 601), 16 543 – бронхоскопий (2011 – 1 612; 2010 – 10 831) и т.д. (табл. 19).

Таблица 19

*Основные виды эндоскопий, выполненные
в 2010–2012 гг.*

Вид исследования	2010	2011	2012
Гастроскопия	138 409	147 180	126 083
Колоноскопия	18 601	21 728	19 327
Бронхоскопия	10 831	1 612	16 543

В 2012 г. на учет поставлено больных раком желудка 706 человек (2011 – 726; 2010 – 679), с IV стадией заболевания в 2012 г. поставлено на учет 376 (53,2 %) человек, в 2010 г. – 405 (59,6 %) больных, в 2011 – 402 (55,4 %). За отчетный период у 135 больных выявлен рак пищевода, из них у 68 (50,4 %) заболевание было IV стадии.

Всего на учет раком толстого кишечника поставлено в 2012 г. 638 больных, из них с IV стадией – 215 (33,7 %). В 2010 г. поставлено на учет 929 больных раком этой локализации, в 2011 – 906.

На вооружении эндоскопической службы в отчетном году было 254 гастроскопа (в 2010 – 231), 102 бронхоскопа (в 2010 – 82), 109 колоноскопов (84). Количество эндоскопов увеличилось на 12,9 % (на 59 аппаратов).

Из имеющегося оборудования 48 (10,3 %) аппаратов подлежат списанию, более 52 (11,1 %) аппаратов требуют дорогостоящего ремонта.

В Иркутской области работает 135 врачей, выполняющих эндоскопические исследования (164 ставки), из них: высшую категорию имеют 43 (31,8 %), первую – 21 (15,5 %), вторую – 16 (11,9 %). Остальные специалисты представлены врачами других профессий, преимущественно это хирурги, совмещающие работу по эндоскопии в ЦРБ. Дополнительно представляем краткий отчет каждого подразделения эндоскопической службы, которая была разделена на областные и городские учреждения.

Область

Иркутская областная клиническая больница (ИОКБ). Всего в областной больнице работает 7 врачей-эндоскопистов (14 ставок). Работа осуществляется в 3 кабинетах эндоскопии. Всего за 2012 г. выполнено 16 646 эндоскопических исследований, в 2011 – 21 676, в 2010 их было больше – 24 047. За прошедший год выполнено эзофагогастроудоденоскопий – 10 643, бронхоскопий – 10 643, колоноскопий – 1 548, ректосигмоидоскопий – 2 740.

Областная больница № 2. Отчет за 2011 г. не предоставлен. По 2010 г. больница оснащена 4 кабинетами эндоскопии. В отчете штатного расписания нет. На балансе больницы 3 гастроскопа, колоноскоп, бронхоскоп и ректоскоп. В 2012 г. всего выполнено 1 109 исследований, из них: гастроскопий – 875, колоноскопий 108, бронхоскопий – 40, фиброриноларингоскопий – 86.

Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр. Работает в центре 9 специалистов (9 ставок). Высшую квали-

фикационную категорию врача-эндоскописта имеют 8 (88,8 %) врачей отделения, из них 3 кандидата медицинских наук, первую — 1 (11,2 %).

Специалистами диагностического центра выполнено в 2012 г. 17 724 эндоскопических исследования (2011 — 17 804; 2010 — 18 351), из них: в 2012 г. эзофагогастродуоденоскопий — 11 029, ректосигмоидоколоноскопий — 5 520, ультразвуковых эндоскопий — 569, трахеобронхоскопий — 275, ЭРХПГ с хирургическими вмешательствами — 325, из них литотрипсия с литоэкстракцией выполнялась у 175 больных, стентирование — у 127 по поводу онкологической патологии желчных протоков и поджелудочной железы.

Областной онкологический диспансер. Отделение эндоскопии состоит из двух подразделений: эндоскопической хирургии (эндоскопическое отделение № 1) и диагностической эндоскопии (эндоскопическое отделение № 2). В отделении эндохирургии № 1 выполняются различные торако-скопические и лапароскопические вмешательства. В 2012 г. в отделении выполнено 29 323 эндоскопических исследования и операции.

Всего выполнено в 2012 г. 864 малоинвазивных и видеоассистированных операции. Из них, торако-скопических выполнено — 256 операций, лапароскопических в гинекологии — 64, в проктологии — 104, абдоминальных операций — 440. Из новых технологий в прошедшем году была выполнена лапароскопическая проксимальная резекция желудка, операция Льюиса, которая состояла из двух этапов: лапароскопического формирования трансплантата из желудка и видеоторако-скопического формирования анастомоза в правой плевральной полости.

Во всех отделениях подготовлены бригады эндохирургов и ассистентов, которые выполняют различные операции по профилю. Все специалисты имеют смежные специальности по эндоскопии и хирургии.

Отделение эндоскопии № 2 расположено на четырех базах — в Иркутске, Ангарске, Братске и Усолье-Сибирском. Всего в диагностическом отделении работает 15 врачей.

ГУЗ Иркутский областной противотуберкулезный диспансер. В диспансере работает один врач-эндоскопист первой категории (1,5 ставки). Категория врача-эндоскописта — первая. Эндоскопические кабинеты оснащены 6 бронхоскопами, двумя фиброгастроскопами.

Всего за 2012 г. выполнено 1 785 исследований (в 2011 — 1 747), из них бронхоскопий диагностических — 1 311 (в 2011 — 1 143), бронхоскопий лечебных было 355 (2011 — 449), гастроскопий — 119 (2011 — 155).

Областная детская клиническая больница. Отчет за 2011—2012 гг. не предоставила. В отделении эндоскопии работает 2 специалиста (4,5 ставки). В 2010 г. выполнено 3 840 исследований, из них, гастроскопий проведено 1 209, ректоскопий — 170, колоноскопий — 162, бронхоскопий — 253 и т.д.

НУЗ на ВСЖД и филиалах ОАО «РЖД» состоит из 6 узловых поликлиник и стационара. На их базах работает 13 врачей-эндоскопистов (19 ставок). На

оснащении эндоскопической службы 47 аппаратов, из них 28 гастроскопов, 7 колоноскопов, 7 бронхоскопов и прочее оборудование. Всего выполнено в 2012 г. 14 543 эндоскопических исследования (в 2010 — 14 646; 2011 — 14 133). Выполнено 11 413 гастроскопий, 1 006 колоноскопий. Рак желудка выявлен у 54 больных, рак пищевода — у 8, рак прямой кишки — у 7, толстого кишечника — у 22, рак легкого — у 22 больных.

В г. Иркутске проживает 600 тыс. человек на начало 2012 г., которые обслуживаются в 16 лечебных учреждениях, выполняющих эндоскопические исследования. Всего по городу имеется эндоскопических врачебных ставок — 27, среднего медицинского персонала — 27, младшего — 12. Врачебные и сестринские ставки полностью укомплектованы. В Иркутске выполнено 47 131 эндоскопическое исследование, в 2011 — 43 271 исследование, в среднем на одного врача-эндоскописта приходится 1 745 исследований в год.

Лидером из городских учреждений по количеству выполненных эндоскопий является больница № 1. Всего в больнице выполнено в 2011 г. 16 488 исследований, в отчетном — 18 058, на 1 567 исследований больше. В 2012 г. было выполнено 14 659 гастроскопий, в 2011 — только 13 338, количество колоноскопий составило 1 833 (в 2011 г. — 1 875), бронхоскопий — 1 617 (в 2011 г. — 1 228) и т.д.

На учет в 2012 г. поставлено с диагнозом рак желудка 184 пациента, из них с IV стадией заболевания — 88 (47,8 %).

Рак ободочной кишки обнаружен у 192 больных, из них с IV стадией заболевания выявлено 52 (27,1 %) человека.

Ивано-Матренинская городская детская клиническая больница. В 2012 г. работало 10 врачей-эндоскопистов (12 ставок). Отделение оснащено 8 гастроскопами, 2 колоноскопами, 5 бронхоскопами. За отчетный период выполнено 5 994 эндоскопических исследования, в 2011 — 4 083 исследования, в 2010 г. — 4 245. Из них в 2012 г. выполнено гастроскопий — 3 378, колоноскопий — 60, бронхоскопий — 516.

Города области

Ангарск. Эндоскопическая служба Ангарского муниципального здравоохранения представлена эндоскопическими кабинетами в шести больницах города. Кроме того, в городе имеется ведомственное эндоскопическое отделение, которое обслуживает свое предприятие — МСЧ № 28.

Всего в г. Ангарске 19,5 ставки врача-эндоскописта, из них в БСМП занято 6,5 ставки в ГБ № 1 — 5,5, в ГДБ № 1 — 3,5, в МАНО «ЛДЦ» — 2,0. В учреждениях работает 18 врачей-эндоскопистов, из них 5 (27,7 %) с высшей, с первой и второй категориями по два специалиста, 9 (50 %) врачей категории не имеет.

Всего в больницах г. Ангарска выполнено в 2010 г. — 29 903 эндоскопических исследований в 2011 — 32 258. В отчетном году выполнено 32 109 исследований, из них — 18 159 гастроскопий, фибро-бронхоскопий — 1 771, колоноскопий — 1 959.

В Ангарске на учет поставлены 95 больных раком желудка и 49 больных раком толстого кишечника, рак пищевода обнаружен у 24 больных.

Усолье-Сибирское. В 2012 г. отчет не представлен. В 2011 г. в городе выполнено 19 499, в прошлом — 17 712 эндоскопических исследования, из них фиброгастроскопий — 16 697 (в 2010 — 15 488), колоноскопий — 1 118 (893), бронхоскопий — 135 (154), прочие исследования 1 549.

В эндоскопической службе МЛПУ «Городской многопрофильной больнице» г. Усолье-Сибирское 6 кабинетов эндоскопии, 3,5 ставки врача-эндоскописта, работает 3 специалиста.

Эндоскопические исследования выполняются на базе МЛПУ «Детская городская больница». В больнице 0,5 ставки врача-эндоскописта, категории нет. Всего выполнено 311 гастроскопий.

МЛПУ Белореченская участковая больница. К Усольскому району относится и Белореченская участковая больница и МЛПУ «Амбулатория п. Средний», в больнице один эндоскопический кабинет, занято 1,0 ставки врача-эндоскописта. Оснащение кабинета: 4 гастроскопа, 2 из них со 100 % износом. Всего выполнено в 2012 г. — 581 гастроскопия (в 2011 — 507 гастроскопий).

Братск. В 2012 г. отчет не представлен. В 2011 г. эндоскопическая служба г. Братска представлена пятью лечебными учреждениями: МУЗ ГБ № 1, МУЗ ГБ № 2, МУЗ ГБ № 3, МУЗ ГБ № 5, детской многопрофильной больницей. Всего во всех отделениях и кабинетах на балансе 53 эндоскопических аппарата, из них: эзофагогастроскопов — 27 (5 — дуоденоскопов), колоноскопов — 10, бронхоскопов — 11, ректоскопов — 6.

В отделениях города работает 10 врачей-эндоскопистов (16,75 ставок), из них с высшей категорией — 6 (60 %), с первой — 1, второй — 2, без категории — 1 специалист. Всего в 2011 г. выполнено 28 583 исследований (в 2010 г. выполнено 28 967 эндоскопических исследований), из них у детей — 1 822 (1 745). Диагностические исследования с биопсией выполнены у 6 734 (23,6 %) пациентов, цитологическое — у 891 (3,1 %). Всего выполнено гастроскопий 16 768 (58,7 %), взят анализ на *Helicobacter pylori* — у 4 579 (27,3 %) пациентов. Методами эндоскопии выявлено 282 онкологических заболевания.

Всего эзофагогастроскопий выполнено 16 768, бронхоскопий — 2 390, колоноскопий — 1 214 и т.д. Последние годы по выполнению эндоскопических исследований лидером остается МУЗ ГБ № 5, всего ими было выполнено 11 608 эндоскопических исследований (количество исследований в отчете не поменялось за 2010 и 2011 — 11 608 и требуется проверить работу службы).

Вихоревская ГБ. В Вихоревской городской больнице одна ставка врача-эндоскописта. На балансе 2 гастроскопа, бронхоскоп, колоноскоп. Всего выполнено 1 038 исследований, из них 914 гастроскопий и т.д., отмечается невыполнение годовой нагрузки.

Железногорская ГБ. Отчет в 2011 — 2012 гг. не предоставлен. В 2010 г. был «детский эндоскопиче-

ский кабинет», работа выполнялась на 0,5 ставки врача-эндоскописта. Кабинет оснащен современными эндоскопами: гастроскопом, 2 бронхоскопами. Всего выполнено 787 исследований, из них детям — 418.

Зиминская ГБ. Отчет в 2012 г. не представлен. В городской больнице одна ставка врача-эндоскописта, работает врач второй категории по эндоскопии. На балансе 4 гастроскопа, 1 бронхоскоп, 3 колоноскопа. Всего выполнено 1 545 исследований, из них 1 409 гастроскопий, и другие исследования имеют единичный характер.

МЛУ Свирска. Отчет в 2011 — 2012 гг. не предоставлен. За 2010 год в больнице эндоскопические исследования выполняются на 0,5 ставки врача-эндоскописта. Выполняет исследование врач смежной специальности. Отделение оснащено гастроскопом и бронхоскопом. Всего в 2010 г. выполнено 523 гастроскопии, невыполнение плана составляет 20 %.

Новоигирменская ГБ. Отчет в 2011 — 2012 гг. не предоставлен. В 2010 г. выполнено в эндоскопическом кабинете 610 исследований. Работает сертифицированный эндоскопист без категории. Другие сведения не предоставлены.

Тулунская ГБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. В городской больнице 3 эндоскопических кабинета (1,0 ставка). Кабинеты оснащены 4 гастроскопами (один из аппаратов получен в 2011 г.), колоноскопом, имеется в наличии 2 ректоскопа. Эндоскопии выполняет врач-хирург (первой категории), имеет сертификат по эндоскопии и вторую категорию. Всего в 2011 г. выполнено 3 287 исследований, из них было 3 116 гастроскопий (в 2010 — 2 667), 147 (в 2010 — 110) ректоскопий, 24 (в 2010 — 20 колоноскопий). Объем нагрузки выполнен за год на 2,5 ставки.

Усть-Илимская ЦГБ. В 2012 г. в больнице выполнена работа на 3 ставки врачами-совместителями. Всего выполнено 2 755 гастроскопий, 89 колоноскопий, 96 бронхоскопий. На балансе 6 гастроскопов, 6 бронхоскопов и колоноскоп.

Черемхово. Отчет в 2012 г. не предоставлен. Эндоскопические исследования в г. Черемхово выполняются в трех лечебных учреждениях — в МЛУ больница № 1, в больнице № 2 и в детской городской больнице. Всего в городе занято 8,25 ставки врача-эндоскописта, работает 6 специалистов. Только два врача имеют вторую категорию. На балансе городских учреждений 11 гастроскопов, 3 бронхоскопа, 3 колоноскопа. Всего лечебными учреждениями выполнено 7 265 исследований (в 2010 — 6 644 эндоскопических исследования), из них: гастроскопий — 5 780 (в 2010 — 5 339), колоноскопий — 577 (в 2010 — 512).

Саянская ГБ. Саянская городская больница первой категории, в эндоскопических кабинетах работает 1 врач-эндоскопист (2 ставки), имеет первую квалификационную категорию. Отделение оснащено 4 гастроскопами, 2 бронхоскопами, колоноскопом. Всего за год выполнено в 2012 г. — 3 208 эндоскопий, в 2010 — 4 210, из них гастроскопий в 2012 — 2 475 (в 2011 — 3 436), бронхоскопий в 2012 — 180 (в 2011 — 315), колоноскопий — 205 (в 2011 — 203).

Не сданы отчеты: Областная больница № 2, Областная детская клиническая больница, Иваново-Матренинская городская клиническая больница, Областная инфекционная больница, ГБ Железногорска, ГБ г.Зима, МЛУ Свирска, ГБ Новоигирма, МСЧ г. Байкальск, МУЗ МСЧ Слюдянского района, МУЗ Тайшетская, МУЗ Тулун, МУЗ Усть-Илимская центральная городская больница, МУЗ Рудногорская городская больница, учреждения г. Усолье-Сибирское, учреждения г. Братска и района, учреждения г. Черемхово.

Описание эндоскопической службы центральных районных больниц

Аларская ЦРБ. Отчеты за 2011 и 2012 гг. не предоставлены. В 2010 г. больница была оснащена 2 кабинетами эндоскопии. Эндоскопические исследования выполняют два врача-хирурга. Кабинеты укомплектованы 2 гастроскопами, колоноскопом, бронхоскопом. Всего выполнено 804 эндоскопических исследования, из них 702 гастроскопии.

Балаганская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. В больнице врачом-эндоскопистом работает совместитель на 0,5 ставки. Кабинет гастроскопии, оснащенный 3 гастроскопами 2006 г. выпуска. Всего выполнено 407 исследований.

Братская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. Эндоскопическая служба ЦРБ представлена двумя специалистами по смежным специальностям, один из них имеет сертификат по эндоскопии. Штатное расписание на 1,5 ставки. Всего выполнено 3 944 исследования, в прошлом — 2 281 эндоскопическое исследование, из них гастроскопий выполнено 1 595 (1 784), бронхоскопий — 129 (144), ректоскопий — 340 (169).

ЦРБ Бодайбо. Отчет в 2012 г. не предоставлен. Эндоскопическая служба представлена одним кабинетом, где выполняются эндоскопические исследования на 0,5 ставки хирургом, имеющим сертификат по эндоскопии и первую категорию. Кабинет оснащен 4 гастроскопами, колоноскопом, бронхоскопом. Всего выполнено 634 эндоскопических исследования, преимущественно гастроскопий.

Железногорская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. В 2010 г. эндоскопический кабинет был оснащен 3 эндоскопами — гастроскопами (1,0 ставки врача-эндоскописта). Категории по эндоскопии у врача, выполняющего эндоскопии, нет. Всего выполнено 1 392 эндоскопических исследования (гастроскопий). Недовыполнение плана составило 15 %.

Заларинская ЦРБ. Всего выполнено в 2012 г. 367 гастроскопий (в 2011 — 309; в 2010 — 319). Эндоскопическая работа выполняется в 1 кабинете, занятость — 0,25 ставки. Эндоскопии выполняются хирургом. Кабинет оснащен 3 гастроскопами, колоноскопом и бронхоскопом.

ЦРБ Иркутского района. В 2012 г. выполнено только 690 гастроскопий, выявлено 7 случаев рака желудка IV стадии. В штатном расписании

районной больницы 1,0 ставка врача-эндоскописта. За 2011 г. выполнена 491 гастроскопия (в 2010 — 814 гастроскопий), по объему работы выполнение нагрузки составило менее 50 %. Кабинет укомплектован новым оборудованием по национальному проекту «Здоровье», из них на балансе: 4 гастроскопа и колоноскоп, но колоноскопии не выполняются.

Казачинско-Ленская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. В штатном расписании ЦРБ 1,0 ставка врача-эндоскописта. В арсенале эндоскопической службы 2 гастроскопа, один колоноскоп и бронхоскоп. Всего выполнено 870 исследований. За отчетный год выполнено 760 гастроскопий, 64 колоноскопии, 46 бронхоскопий (объем расчета нагрузки выполнен на 62 %).

Катангская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. В Катангской ЦРБ эндоскопические исследования выполняются врачом смежной специальности, занята 1,0 ставка. Всего выполнено в текущем году 49 исследований, в 2010 г. их было — 39 гастроскопий, 2 ректоскопии и 3 бронхоскопии. Выполняется работа только в экстренных случаях. На балансе ЦРБ 2 гастроскопа, колоноскоп, бронхоскоп и ректоскоп. В больнице имеется весь перечень эндоскопического оборудования, но расчетная нагрузка не выполняется, нет штатного врача-эндоскописта.

Качугская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. В Качугской ЦРБ совмещает работу по эндоскопии хирург на 0,5 ставки, имеет сертификат по эндоскопии. Все эндоскопии выполняются преимущественно по экстренным показаниям. В течение года выполнено 463 исследования, в 2010 — 335 исследований, преобладали гастроскопии. Больница укомплектована всеми видами эндоскопических аппаратов: 2 гастроскопа, колоноскоп, ректоскоп и бронхоскоп. Объем работы на 0,5 ставки не выполняется.

ЦРБ п. Мама. Отчет в 2012 г. не предоставлен. По отчету за 2010 г. была низкая выявляемость с небольшим количеством исследований, которые выполняются исключительно по экстренным показаниям. Так же, как и в других ЦРБ, работу врача-эндоскописта совмещает хирург, которым выполнено всего 173 гастроскопических исследования на 0,5 ставки. Объем работы, выполненной за год, составил только 0,1 ставки врача-эндоскописта. Имеющееся оборудование: 2 гастроскопа и 2 колоноскопа.

Михайловская ЦРБ. В 2012 г. выполнено 322 гастроскопии. В МБУЗ ЦРБ работа выполняется врачом-совместителем на 0,75 ставки. Эндоскопии выполняются в одном кабинете. Оснащен кабинет гастроскопом. Всего выполнено в 2011 г. 274 эндоскопии (выполнено только 24,9 % от объема расчета нагрузки).

Нукуткая ЦРБ. В 2012 г. в ЦРБ было выполнено 621 гастроскопия, 13 бронхоскопий. Работа выполняется на 0,5 ставки совместителем. Учреждение оснащено гастроскопом, бронхоскопом и колоноскопом.

Нижнеудинская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не представлен. В ЦРБ работа выполняется на 1,5 ставки, врачом-хирургом, он имеет специализацию по эндоскопии. Эндоскопии выполняются в двух кабинетах. Оснащен кабинет 4 гастроскопами, колоноскопом и бронхоскопом. Всего выполнено в 2011 г. 1 796 эндоскопий, из них 1 036 гастроскопий.

Ольхонская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не представлен. В 2010 г. эндоскопические исследования выполнялись на 0,25 ставки врача-эндоскописта врачом смежной специальности. Всего выполнено 208 гастроскопий и 8 ректоскопий. Кабинет оснащен гастроскопом и ректоскопом.

Усть-Кутская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не представлен. В ЦРБ работа выполняется врачом совместителем на 0,5 ставки, специализация по эндоскопии, категории по эндоскопии нет. Эндоскопии выполняются в одном кабинете. Оснащен кабинет 2 гастроскопами, колоноскопом и ректоскопом. Всего выполнено в 2011 г. 152 эндоскопии, из них 147 гастроскопий (выполнено 20 % от объема расчетной нагрузки).

Усть-Удинская ЦРБ. Отчет в 2012 г. не представлен. В ЦРБ работа выполняется врачом-эндоскопистом на одну ставку. Исследования выполняется врачом высшей категории. Работа выполняется в 4 кабинетах. Оснащен кабинет 5 гастроскопами, колоноскопом и ректоскопом. Всего выполнено в 2011 г. 2 277 эндоскопий, из них 1 899 гастроскопий. Всего выполнено колоноскопий – 119, ректоскопий – 135 (выполнена дополнительная нагрузка на 0,5 ставки).

Чунская МЦРБ. Отчет в 2012 г. не предоставлен. В Чунской ЦРБ работа выполняется врачом совместителем – хирургом на 1,0 ставку, категории по эндоскопии нет. Эндоскопии выполняются в одном кабинете.

В МЦРБ выполняются так же эндоскопические исследования у детей. Оснащен кабинет 4 гастроскопами, колоноскопом и ректоскопом. Всего выполнено в 2011 г. 1 266 исследований, из них преобладали гастроскопии – 1 172.

Шелеховская ЦРБ. В 2012 г. ЦРБ работа выполнялась 3 врачами-эндоскопистами. Все врачи имеют сертификаты по эндоскопии (3 ставки). Один врач имеет высшую категорию, один – первую. Оснащены кабинеты 8 гастроскопами, 2 колоноскопами и 1 бронхоскопом. Всего выполнено в 2012 г. 4 390 эндоскопий (в 2011 – 5 030), из них 3 719 гастроскопий (в 2011 – 4 662). Всего выполнено колоноскопий – 155 (311), бронхоскопий – 29 (57).

Не сдали отчеты Ангарская ЦРБ, Балаганская ЦРБ, Братская ЦРБ, ЦРБ Бодайбо, Железногорская ЦРБ, Заларинская ЦРБ, Казаченско-Ленская ЦРБ, Качугская ЦРБ, ЦРБ п. Мама, Ольхонская ЦРБ, Усть-Кутская ЦРБ, Чунская ЦРБ.

Анализируя деятельность ЦРБ нужно отметить, что в центральных районных больницах Иркутской области количество эндоскопических исследований незначительное, они выполняются только по экс-

тренным и клиническим показаниям. Эндоскопические исследования выполняются преимущественно хирургами больниц. Основная нагрузка оказания квалифицированной эндоскопической помощи ложится на крупные районные центры и города. Отсутствие морфологической службы в отдаленных районах приводит к длительному исследованию гистологического материала, удлинняет сроки постановки диагноза и затягиваются сроки лечения.

Необходимо отметить, что некоторые лечебные учреждения не подают сведения по работе эндоскопической службы. При подтверждении или получении категории аттестационная комиссия это будет учитывать.

СОСТОЯНИЕ

службы травматологических центров Иркутской области в 2013 г.

Специализированная служба травматологических центров Иркутской области представлена 19 центрами: 2 первого уровня (детским и взрослым), а также 8 травматологическими центрами второго уровня и 9 травмацентрами 3 уровня. За 2013 г. увеличилась обращаемость в травмацентры, созданные вдоль трассы М-55, М-53 на 121 пострадавшего по сравнению с 2012 г., увеличилось число госпитализированных с федеральной трассы (далее ФАД) на 45 человек, однако отмечается рост госпитализаций и с дорог местного и регионального значения (на 197 человек относительно 2012 г.). Укомплектованность врачами травматологами-ортопедами улучшилась с 71,4 % за 2011 г. до 71,8 %, но остается ниже обеспеченности по РФ (5,6 – 6,9 – 7,3 – 7,5) на 100 000 населения, в РФ – 10,5) (табл. 20).

Смертность среди госпитализированных в травмацентры увеличилась по сравнению с прошлым годом на 0,4 на 100 тыс. населения. Но на некоторых участках ФАД, например, Слюдянский, Усольский и Тайшетский участки, произошло снижение количества погибших. За 2013 г. в травмацентрах произведено 553 оперативных вмешательств пациентам, пострадавшим в ДТП (табл. 21).

По полученным данным за год в травмацентрах, расположенных на ФАД, из госпитализированных пострадавших в травмацентрах различных уровней от травм, полученных в ДТП, погибло 85 человек (5,3 на 100 тыс.) со всех дорог местного, районного, областного и федеральных уровней. Из поступивших с ФАД, погибло 23 человека (что составило 1,4 на 100 тыс. человек). Из всех погибших в ДТП 220 человек погибли в связи с тяжестью травмы на месте катастрофы или на этапе транспортировки (табл. 22).

В соответствии с приказом № 927-н Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, наряду с действующей модернизацией в здравоохранении РФ улучшилась материально-техническая база травматологических центров Иркутской области.

Таблица 20

Сведения о пострадавших после дорожно-транспортных происшествий, обратившихся в травмацентры, организованные на федеральной трассе М-53, М-55 за 2012–2013 гг., в абсолютных цифрах

Участки ФАД (зоны ответственности) М-53, М-55 на территории Иркутской области и их протяженность	Итого по травмацентрам					
	1615,845					
Население (тыс. чел.)	1615,845					
Года	2012		2013		+/-	
	М-53, М-55	Другие дороги	М-53, М-55	Другие дороги	М-53, М-55	Другие дороги
Обращений после ДТП	1032	3910	1153	3120	+121	-790
Амбулаторно						
Госпитализировано	480	1514	525	1711	+45	+197
Умерших в стационаре	19	61	23	62	+4	+1
Смертность на 100 тыс. населения	4,9		5,3		+0,4	

Таблица 21

Количество операций, проведенных в травмацентрах за 2013 г.

		Количество операций проведенных в травмацентрах пострадавшим в ДТП	
		На ФАД	На других дорогах
1	Головной мозг	29	46
2	Позвоночник	–	5
3	Грудная клетка	16	25
4	Брюшная полость	16	21
5	Опорно-двигательный аппарат	59	267
6	Сочетания нескольких операций	39	30

Таблица 22

Распределение смертность по периодам травматической болезни у пострадавших в ДТП на ФАД, и госпитализированных в травмацентры

Сколько умерших после ДТП в стационаре (в течение 30 дней после госпитализации)	0–2 суток	3–14 суток	15–30 суток
	Острый период травматической болезни	Разгар травматической болезни	Период осложнений травматической болезни
	6	15	2

Учитывая, что основная часть пострадавших, поступившая в травмацентры, должна погибать в острый период травматической болезни, а в наших условиях пик летальности приходится на разгар травматической болезни, есть резервы для снижения смертности путем обучения специалистов (анестезиологов-реаниматологов, хирургов, травматологов-ортопедов, нейрохирургов) для введения единой тактики лечения пострадавших с сочетанной травмой и шоком (первым этапом – обучение руководителей травмацентров, а впоследствии и всех специалистов, оказывающих помощь пострадавшим в ДТП) (табл. 23).

Предложения:

1. Преимущество работы скорой медицинской помощи на трассах в своевременном направлении и транспортировке больных в ТЦ.
2. Дооснащение травмацентров согласно утвержденным МЗ РФ порядкам.
3. Создание травмацентров на региональных трассах.
4. Создания единого организационно-методического отдела и отдела контроля качества для травмацентров в МЗ.
5. Создание единого областного регистра пострадавших в ДТП в МИАЦ.

Итоги работы службы анестезиологии-реаниматологии области в 2013 г.

Районы	2011	2012	2013
Отделения анестезиологии – реанимации			
Самостоятельных отделений	69	64	64
Отделений общего профиля	53	47	47
Специализированных отделений	16	17	17
Рабочие места анестезиологов - реаниматологов			
Противошоковые палаты	6	6	8
Хирургических столов	240	241	271
Экстренных столов	75	78	91
Плановых столов	165	163	180
Амбулаторные анестезиологические места	55	54	72
Послеоперационные палаты	54	47	39
Койки палат интенсивной терапии	578	569	593
Другие, указать какие	8	7	28
Укомплектованность кадрами			
Заведующий отделением			
Ставки	65,25	64,25	67,25
Физические лица	64	64	67
% укомплектованности	100	100	100
Потребность	1	1	1
Старшая медицинская сестра			
Ставки	63,5	64,5	66,5
Физические лица	63	65	67
% укомплектованности	100	100	100
Потребность	0	0	0
Врачи анестезиологи-реаниматологи			
Ставки	714,5	737	810,5
Физические лица	496	504	496
Внешние совместители	205	143	135
% укомплектованности	69,4	69,4	61,2
Потребность	250	245	260
Медсестры-анестезисты			
Ставки	654,25	704,5	827,75
Физические лица	465	508	630
Внешние совместители	13	15	23
% укомплектованности	71	71	76
Потребность	154	153	155
Медсестры палатные			
Ставки	830,25	820	757
Физические лица	663	653	528
Внешние совместители	36	40	46
% укомплектованности	79,8	79,8	69,7
Потребность	169	208	192
Профессиональная подготовка кадров			

Заведующий отделением			
Категория	61	61	63
Высшая	53	54	53
Первая	4	6	7
Вторая	4	1	3
Нет категории	3	3	4
Сертификат	64	64	67
Старшая медицинская сестра			
Категория	60	62	63
Высшая	52	57	56
Первая	6	4	3
Вторая	2	1	4
Нет категории	3	3	4
Сертификат	63	65	67
Врачи анестезиологи-реаниматологи			
Имеют категории	408	405	394
Высшая	237	237	250
Первая	85	84	76
Вторая	86	83	68
Нет категории	88	100	102
Сертификат	496	498	485
Медсестры-анестезисты			
Имеют категории	370	406	461
Высшая	238	287	308
Первая	82	69	79
Вторая	50	50	74
Нет категории	95	102	169
Сертификат	456	497	583
Медсестры палатные			
Имеют категории	335	298	226
Высшая	157	142	118
Первая	95	76	57
Вторая	83	80	48
Нет категории	328	355	305
Сертификат	559	526	416
Стаж работы			
Заведующий отделением			
До 5-ти лет	1	1	5
6–10 лет	6	4	4
11–15 лет	5	10	9
Свыше 16 лет	52	49	49
Старшая медицинская сестра			
До 5-ти лет	2	0	3
6–10 лет	3	4	5
11–15 лет	10	15	13
Свыше 16 лет	48	46	46
Врачи анестезиологи-реаниматологи			
До 5-ти лет	90	96	102

6–10 лет	91	93	99
11–15 лет	117	122	87
Свыше 16 лет	198	193	208
Медсестры-анестезисты			
До 5-ти лет	109	102	160
6–10 лет	77	89	122
11–15 лет	78	91	108
Свыше 16 лет	201	226	240
Медсестры палатные			
До 5-ти лет	296	286	267
6–10 лет	125	138	91
11–15 лет	109	106	69
Свыше 16 лет	133	123	101
		0	0
Анестезиологическая деятельность			
Внутривенная			
Экстренная			
Плановая			
Масочные			
Экстренная			
Плановая			
Эндотрахеальная			
Экстренная			
Плановая			
Регионарная			
Экстренная			
Плановая			
Лечебно-акушерский сон			
Экстренная			
Плановая			
Специальные виды (указать какие)			
Экстренная			
Плановая			
Анестезиологическая смертность		2	3
(расшифровка в текстовой части отчета)		0	0
Реанимационная деятельность			
Количество пролеченных больных	78338	82164	82539
Из них детей	8231	7612	6568
Умерло из числа пролеченных	4713	4875	4952
Из них детей	188	167	149
Проведено койко-дней	165278	169062	171055
Летальность, %	6	5,9	5,9
Оснащение наркозно-дыхательной аппаратурой			
Наркозная			
Всего	301	316	349
% износа	80	70	90
Неисправные	33	27	40
Потребность	122	111	138

Дыхательная			
Всего	496	561	576
% износа	70	60	60
Неисправные	53	69	86
Потребность	203	202	224
Системы мониторинга больных			
Всего	619	707	778
% износа	60	70	60
Неисправные	93	95	115
Потребность	334	308	379
Пульсоксиметр			
Всего	216	191	200
% износа	60	60	50
Неисправные	25	32	41
Потребность	235	263	242
Инфузоматы			
Всего	911	1020	1078
% износа	60	65	50
Неисправные	105	119	138
Потребность	601	657	781
Электроотсосы			
Всего	277	297	287
% износа	60	80	80
Неисправные	44	55	50
Потребность	157	214	220
Электрокардиограф			
Всего	80	77	86
% износа	70	70	60
Неисправные	7	11	13
Потребность	57	66	69
Дефибрилляторы			
Всего	176	184	189
% износа	60	70	60
Неисправные	28	32	32
Потребность	104	115	129

ИТОГИ

- Хирургическая служба Иркутской области в 2013 г. работала стабильно. Увеличено количество оперативных вмешательств при снижении общей летальности и сокращении коечного фонда.
- В процессе реализации программы модернизации здравоохранения проведено существенное переоснащение лечебных учреждений области, увеличение общей заработной платы.
- В рамках программы модернизации здравоохранения внедрены стандарты лечения хирургических больных. Внедряются единые подходы к оказанию неотложной и плановой хирургической помощи.

• Во всех районах имеются постоянные хирурги. В то же время высок процент хирургов старше 50 лет, нет постоянного притока молодых кадров.

• Увеличена доступность жителей Иркутской области к получению качественной высокотехнологичной помощи, но сохраняется низкий процент ее выполнения лечебными учреждениями на территории региона.

ПЕРСПЕКТИВЫ

- Необходимо восстановить заинтересованность районных хирургов в выполнении плановых

операций, при этом строго соблюдая стандарты оказания помощи.

- Сформировать эффективную 3-уровневую систему оказания медицинской помощи, обеспечивающую одинаковую доступность необходимых видов и объемов помощи, в том числе ВМП, также строительство нового центра высоких технологий.
- Продолжить проведение выездных научно-практических конференций в районных больницах и межмуниципальных центрах для создания единой

концепции у практикующих врачей в понимании основных разделов хирургии.

- Продолжить работу по привлечению молодежи в хирургическую практику за счет повышения имиджа врача и привлечения дополнительных материальных средств.

*Главный хирург Министерства Здравоохранения Иркутской области, доктор медицинских наук
Н.Г. Корнилов*

СОСТАВ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ»

(ПО СОСТОЯНИЮ НА 27 АПРЕЛЯ 2012 г.)

ПОЧЕТНЫЕ ЧЛЕНЫ

1. Агеенко Вера Александровна
2. Алексеева Нина Васильевна
3. Барахтина Юлия Михайловна
4. Ванеева Вера Николаевна
5. Григорьев Евгений Георгиевич
6. Грядасов Герман Леонидович
7. Желтовский Юрий Всеволодович
8. Житницкий Рахмиэль Евелевич
9. Кораиди Леонид Ставрович
10. Нестеров Игорь Валентинович
11. Огнев Геннадий Васильевич
12. Пак Евгений Авраамович
13. Перепелицин Олег Ливерьевич
14. Пинский Семен Борисович
15. Реут Анатолий Ануфриевич
16. Скворцов Моисей Борисович
17. Снегирев Иван Игнатьевич
18. Урусов Всеволод Андреевич
19. Чикотеев Сергей Павлович
20. Шерстнев Анатолий Самуилович

ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ

21. Аверин Николай Владимирович
22. Аверьянова Ольга Алексеевна
23. Агафонова Валентина Владимировна
24. Агрызков Андрей Леонидович
25. Александров Олег Михайлович
26. Александрова Екатерина Владимировна
27. Алексеев Вячеслав Николаевич
28. Алексеев Сергей Владимирович
29. Ангарский Дмитрий Геннадьевич
30. Анпилогов Валерий Иванович
31. Антипин Андрей Николаевич
32. Антохин Станислав Петрович
33. Апарцин Константин Анатольевич
34. Аргоев Алексей Владимирович
35. Арсланов Рафис Махмудович
36. Архипова Евгения Адамовна
37. Асадулин Ренад Насибович
38. Астапенко Игорь Владимирович
39. Аюшинова Наталья Ильинична
40. Бабаев Арсланхан Алибекович
41. Багаев Павел Валерьевич
42. Базяев Александр Геннадьевич
43. Бараков Рудольф Федорович
44. Баранова Ирина Вячеславовна
45. Барышников Евгений Сергеевич
46. Басманов Борис Геннадьевич

47. Басурманова Нина Владимировна
48. Бахарев Николай Николаевич
49. Башенхаев Александр Иннокентьевич
50. Бекетова Татьяна Александровна
51. Беленков Павел Владимирович
52. Белобородов Владимир Анатольевич
53. Белоногов Александр Викторович
54. Бердникова Ольга Анатольевна
55. Березов Юрий Васильевич
56. Бехер Людмила Николаевна
57. Бобров Михаил Андреевич
58. Бобряков Алексей Николаевич
59. Богданов Александр Леонидович
60. Богоносков Андрей Юрьевич
61. Божно Татьяна Лазаревна
62. Боковиков Максим Александрович
63. Бондарь Алексей Михайлович
64. Боричевский Виталий Иванович
65. Борщ Оксана Владимировна
66. Брегель Александр Иванович
67. Бриль Олег Николаевич
68. Брюханов Александр Анатольевич
69. Букша Ирина Александровна
70. Булыгина Евгения Анатольевна
71. Буслаев Олег Александрович
72. Бутырина Ольга Валерьевна
73. Быков Андрей Иванович
74. Быстров Михаил Григорьевич
75. Валетчик Владимир Павлович
76. Ванюшин Валерий Вениаминович
77. Васерчук Евгений Валерьевич
78. Васильев Вячеслав Юрьевич
79. Васильев Юрий Васильевич
80. Васильева Надежда Борисовна
81. Васильева Наталия Евгеньевна
82. Вебер Ольга Павловна
83. Величко Светлана Владимировна
84. Виноградов Валентин Георгиевич
85. Вишневская Вера Анатольевна
86. Владимиров Денис Владимирович
87. Владимиров Эдуард Валерьевич
88. Волкова Елена Олеговна
89. Воробьев Александр Викторович
90. Воронин Денис Александрович
91. Воронцов Александр Васильевич
92. Воротников Анатолий Семенович
93. Высоцкий Владимир Федорович
94. Габитов Андрей Аликович
95. Гаврилова Татьяна Александровна
96. Гельфанд Сергей Александрович

97. Гилева Ирина Игоревна
98. Гилева Нина Павловна
99. Гладкова Ольга Васильевна
100. Глинская Елена Викторовна
101. Глушков Дмитрий Владимирович
102. Головин Алексей Борисович
103. Головкин Геннадий Иванович
104. Горбунов Анатолий Владимирович
105. Гордеенок Сергей
106. Гордеенок Федор Демидович
107. Гордт Валентина Петровна
108. Горловский Геннадий Андреевич
109. Гудыно Эдуард Васильевич
110. Гумеров Руслан Рифович
111. Данчинов Владимир Михайлович
112. Дворниченко Виктория Владимировна
113. Демко Игорь Тимофеевич
114. Дертышников Евгений Геннадьевич
115. Дерябин Игорь Ростиславович
116. Дерягин Борис Анатольевич
117. Джумабаев Алишер Худайбергенович
118. Димов Алексей Александрович
119. Димов Виктор Васильевич
120. Дмитриев Руслан Михайлович
121. Дмитриченко Алексей Владимирович
122. Доброходов Михаил Михайлович
123. Добрынин Игорь Сергеевич
124. Домашневский Вадим Александрович
125. Домашенкина Наталья Анатольевна
126. Дружинин Игорь Владимирович
127. Дружинина Наталья Валерьевна
128. Дудник Алексей Владимирович
129. Дыдыкин Артем Витальевич
130. Дюков Андрей Анатольевич
131. Дядюхин Артем Борисович
132. Дякин Роман Владимирович
133. Егоров Денис Игоревич
134. Егоров Иван Александрович
135. Елисеев Евгений Викторович
136. Емельянов Алексей Алексеевич
137. Ермолаев Дмитрий Юрьевич
138. Ермолаев Юрий Федорович
139. Ерошевич Александр Викторович
140. Ерусалимцев Александр Владимирович
141. Ефимов Андрей Михайлович
142. Желтовская Анна Анатольевна
143. Животенко Александр Петрович
144. Жигайлов Евгений Анатольевич
145. Жилкин Евгений Игоревич
146. Жолдошов Акылбек Ысакович
147. Жуков Павел Викторович
148. Журавлев Сергей Васильевич
149. Зайцев Александр Петрович
150. Зайцев Игорь Викторович
151. Зайцев Сергей Викторович
152. Зайчук Игорь Петрович
153. Замбылова Ирина Лаврентьевна
154. Зарбиев Руслан Фараджевич
155. Затонский Роман Ильич
156. Зверев Петр Алексеевич
157. Зедгенидзе Иван Владимирович
158. Зеленин Вадим Николаевич
159. Зубков Роман Александрович
160. Зюбин Владимир Петрович
161. Иванов Олег Петрович
162. Ивлев Борис Викторович
163. Ильин Андрей Алсагарович
164. Ильин Игорь Алексеевич
165. Ильина Валентина Владимировна
166. Ильичева Елена Алексеевна
167. Исаева Елена Николаевна
168. Исхаков Шамиль Давыдович
169. Ищенко Александр Анатольевич
170. Кадырова Олеся Петровна
171. Казаков Владислав Аркадьевич
172. Казакова Татьяна Витальевна
173. Казанков Иван Юрьевич
174. Казанков Сергей Станиславович
175. Кайгородова Ирина Николаевна
176. Калинин Александр Витальевич
177. Камалов Гумер Салихович
178. Капорский Вячеслав Иннокентьевич
179. Карасев Валерий Петрович
180. Карпов Тимофей Анатольевич
181. Картавова Людмила Леонидовна
182. Кашицына Анна Александровна
183. Квадяев Роман Михайлович
184. Кельчевская Елена Арнольдовна
185. Ким Ден Су
186. Кирилина Елена Иннокентьевна
187. Клейнос Андрей Васильевич
188. Климов Виктор Александрович
189. Климова Виктория Юрьевна
190. Климова Лилия Висвальдисовна
191. Кобелев Игорь Алексеевич
192. Коваль Сергей Павлович
193. Ковальчук Сергей Геннадьевич
194. Кованов Андрей Сергеевич
195. Коган Людмила Владимировна
196. Кожевников Михаил Александрович
197. Козулин Александр Дмитриевич
198. Коледнев Николай Иванович
199. Колесник Леонид Александрович
200. Колмаков Сергей Александрович
201. Конев Андрей Григорьевич
202. Конечных Александр Викторович
203. Кононенко Валерий Николаевич
204. Конюшкин Александр Эрнестович
205. Корнилов Николай Геннадьевич
206. Королькова Елена Владимировна
207. Кортаева Наталья Сергеевна
208. Корсунова Наталья Сергеевна
209. Костогрызов Александр Евгеньевич
210. Котовщиков Андрей Юрьевич
211. Кошкина Галина Иннокентьевна
212. Краев Антон Владимирович
213. Крапива Анатолий Иванович
214. Красникова Наталья Олеговна
215. Красовский Алексей Юрьевич
216. Кропотин Андрей Владимирович
217. Кувин Михаил Сергеевич
218. Кувин Сергей Сергеевич

219. Кувина Валентина Николаевна
220. Кувшинов Артем Геннадьевич
221. Кузнецов Артур Вячеславович
222. Кузнецов Сергей Миронович
223. Кузнецова Лариса Сергеевна
224. Куклин Андрей Германович
225. Куклин Игорь Александрович
226. Куклин Михаил Дмитриевич
227. Куликов Леонид Константинович
228. Куницына Маргарита Николаевна
229. Куприянов Сергей Леонидович
230. Кутателадзе Ревази Гивиевич
231. Куторкин Виктор Геннадьевич
232. Кыштымев Сергей Александрович
233. Лазарева Марина Владимировна
234. Лазарева Мария Владимировна
235. Лалетин Владимир Григорьевич
236. Латыпов Вячеслав Хамзиевич
237. Линке Анна Анатольевна
238. Лихауди Дмитрий Игоревич
239. Лихачев Евгений Вениаминович
240. Лобков Александр Сергеевич
241. Лужнов Николай Петрович
242. Макаренко Даниил Валерьевич
243. Макаров Павел Леонидович
244. Максикова Наталья Ивановна
245. Максимов Константин Павлович
246. Мамедов Закир Тапдыг-Оглы
247. Мамедов Рустам Рафиг оглы
248. Мамсик Юрий Иванович
249. Масейкин Денис Васильевич
250. Матвеев Антон Викторович
251. Маточкин Виталий Владимирович
252. Маханек Дмитрий Николаевич
253. Махутов Валерий Николаевич
254. Медведев Владимир Николаевич
255. Мезенцева Елена Сергеевна
256. Минакин Николай Игоревич
257. Мироненко Михаил Николаевич
258. Миронов Павел Владимирович
259. Мирсанова Галина Григорьевна
260. Михайлов Александр Леонидович
261. Михайлов Иван Николаевич
262. Михайлов Николай Иванович
263. Морохоев Соломон Иринчеевич
264. Морохоев Валентин Иринчеевич
265. Мосин Юрий Иванович
266. Москалев Александр Геннадьевич
267. Мошкова Елена Сергеевна
268. Муратова Вера Ивановна
269. Мурашова Вера Степановна
270. Муруев Александр Борисович
271. Мутин Николай Александрович
272. Найманова Оксана Алексеевна
273. Наконечных Михаил Алексеевич
274. Наливкина Наталья Эрнстовна
275. Намогуруев Александр Батоевич
276. Наумов Андрей Николаевич
277. Наумова Оксана Александровна
278. Негрей Владимир Федорович
279. Некипелов Олег Михайлович
280. Нестерец Оксана Юрьевна
281. Нечаев Евгений Васильевич
282. Никитин Алексей Михайлович
283. Николаев Андрей Семенович
284. Новожилов Александр Владимирович
285. Новожилов Владимир Александрович
286. Носков Владимир Степанович
287. Носков Георгий Викторович
288. Оношко Виктор Федорович
289. Онысько Олег Васильевич
290. Орловский Владимир Александрович
291. Остапенко Евгений Александрович
292. Очирова Татьяна Владимировна
293. Ощепков Павел Георгиевич
294. Павлов Юрий Германович
295. Павлюк Леонид Александрович
296. Панасюк Александр Иосифович
297. Пантюхина Светлана Анатольевна
298. Парамонов Андрей Викторович
299. Перловская Валентина Вадимовна
300. Пермьякова Наталья Николаевна
301. Петкевич Андрей Викторович
302. Петров Максим Борисович
303. Петров Петр Алексеевич
304. Петров Сергей Иннокентьевич
305. Петрухин Дмитрий Викторович
306. Петухов Вячеслав Петрович
307. Пешков Евгений Валерьевич
308. Пивоваров Павел Иванович
309. Платонова Татьяна Валентиновна
310. Пленкин Сергей Михайлович
311. Плеханов Александр Николаевич
312. Погорелец Ольга Валентиновна
313. Подгорный Алексей Леонидович
314. Подкаменев Владимир Владимирович
315. Подкаменный Владимир Анатольевич
316. Подпругин Евгений Васильевич
317. Подшивалов Алексей Викторович
318. Пономарев Александр Анатольевич
319. Пономаренко Николай Сергеевич
320. Попов Иван Владимирович
321. Попова Надежда Филипповна
322. Попова Софья Николаевна
323. Предеина Ирина Георгиевна
324. Преториус Татьяна Львовна
325. Прокопьев Леонид Владимирович
326. Прокопьев Максим Владимирович
327. Проскурин Владимир Николаевич
328. Протасов Александр Петрович
329. Пугачев Евгений Анатольевич
330. Пусева Марина Эдуардовна
331. Путинцев Александр Вениаминович
332. Раджабов Манат Ника Магомедович
333. Размыслович Татьяна Семеновна
334. Расулов Родион Исмагилович
335. Рахматулин Алифнур Галимзянович
336. Рашидов Антон Юлдашевич
337. Решетов Александр Валерьевич
338. Родиков Михаил Анатольевич
339. Роибов Махмадназар Бахронович
340. Романовский Денис Игоревич

341. Рудаков Алексей Николаевич
 342. Руденко Евгений Геннадьевич
 343. Рычков Андрей Владимирович
 344. Рютина Наталья Викторовна
 345. Рябов Михаил Петрович
 346. Савоськин Сергей Владимирович
 347. Садах Максим Владимирович
 348. Садохина Людмила Александровна
 349. Садовников Сергей Васильевич
 350. Садаков Павел Иванович
 351. Санькова Екатерина Николаевна
 352. Сапухин Эдуард Владимирович
 353. Сафонов Денис Валерьевич
 354. Сафьянников Леонид Петрович
 355. Свобода Дмитрий Евгеньевич
 356. Сегеневич Даниил Геннадьевич
 357. Секретарев Эдуард Борисович
 358. Семенов Александр Валерьевич
 359. Семенюта Анна Александровна
 360. Семченков Олег Александрович
 361. Середа Эдуард Валерьевич
 362. Серов Александр Валерьевич
 363. Сивчик Олег Геннадьевич
 364. Сидоров Сергей Иванович
 365. Синев Павел Александрович
 366. Смирнов Борис Викторович
 367. Собонович Владимир Филиппович
 368. Собонович Дмитрий Владимирович
 369. Соколов Андрей Юрьевич
 370. Соколова Светлана Викторовна
 371. Соловьев Алексей Александрович
 372. Соловьев Дмитрий Валерьевич
 373. Соломинский Виталий Борисович
 374. Сороковиков Владимир Алексеевич
 375. Спицын Алексей Евгеньевич
 376. Стальмахович Виктор Николаевич
 377. Стемплевский Олег Петрович
 378. Стифуткин Александр Владимирович
 379. Стэмповский Алексей Георгиевич
 380. Субботина Мария Владимировна
 381. Судаков Владимир Петрович
 382. Суздальницкий Алексей Евгеньевич
 383. Суханова Ольга Николаевна
 384. Сухинин Александр Георгиевич
 385. Сысин Сергей Анатольевич
 386. Табанаков Андрей Филиппович
 387. Тарасов Игорь Владимирович
 388. Тарнуева Ирина Филипповна
 389. Татарникова Лариса Гавриловна
 390. Темникова Ольга Александровна
 391. Тетьев Вадим Иосифович
 392. Тетьев Иосиф Георгиевич
 393. Тимофеев Дмитрий Владимирович
 394. Тирских Павел Павлович
 395. Титов Михаил Иннокентьевич
 396. Тишков Николай Валерьевич
 397. Товаршинов Александр Искрович
 398. Толкачев Константин Сергеевич
 399. Травников Андрей Игоревич
 400. Туйматов Каюм Нурадинович
 401. Тунгусова Наталья Валерьевна
 402. Турков Владимир Владимирович
 403. Тюкавин Олег Анатольевич
 404. Тюменцева Елена Сергеевна
 405. Умань Наталья Васильевна
 406. Урбанов Анатолий Георгиевич
 407. Усова Елена Анатольевна
 408. Усольцев Юрий Константинович
 409. Файзулин Малик Ахмадуллавич
 410. Фамилярский Сергей Анатольевич
 411. Федорец Сергей Степанович
 412. Федотов Виктор Петрович
 413. Федотов Геннадий Степанович
 414. Федотов Георгий Андреевич
 415. Филиппов Александр Геннадьевич
 416. Филиппов Василий Витальевич
 417. Фролов Александр Петрович
 418. Фурменкова Любовь Алексеевна
 419. Хабитуева Татьяна Андреевна
 420. Хазиев Павел Нургалиевич
 421. Хазов Сергей Борисович
 422. Хакимов Вадим Мухорямович
 423. Хакимов Радион Мухорямович
 424. Хакимова Светлана Владимировна
 425. Халиман Евгений Александрович
 426. Хаматов Рафаил Камильевич
 427. Хамидуллин Фарид Гигельевич
 428. Храмцов Илья Владимирович
 429. Хурса Олег Алексеевич
 430. Цмайло Виктор Марьянович
 431. Цоктоев Дарижаб Балданович
 432. Цыбиков Александр Лодоевич
 433. Цыбиков Еши Нянюевич
 434. Цыбиков Сергей Гармажапович
 435. Цяо Гуаңда
 436. Чебаненко Владимир Владимирович
 437. Чепурных Елена Евгеньевна
 438. Черкашин Юрий Александрович
 439. Черникова Ольга Михайловна
 440. Черноусова Елена Леонидовна
 441. Четин Алексей Юрьевич
 442. Чехун Владимир Семенович
 443. Чистяков Сергей Игоревич
 444. Чугунов Вячеслав Александрович
 445. Чупров Вячеслав Николаевич
 446. Чхаев Юрий Трофимович
 447. Шаашаа Собхи Ибрагимович
 448. Шаботкин Андрей Геннадьевич
 449. Шаламова Ирина Викторовна
 450. Шалашов Сергей Владимирович
 451. Шаманский Николай Михайлович
 452. Шантуров Анатолий Григорьевич
 453. Шантуров Виктор Анатольевич
 454. Шантурова Наталья Евгеньевна
 455. Шацких Елена Викторовна
 456. Шаяхметов Тимур Салимович
 457. Шегнагаева Нонна Михайловна
 458. Шелест Анна Петровна
 459. Шелест Виктор Леонидович
 460. Шелест Петр Викторович
 461. Шелехов Алексей Владимирович
 462. Шендеров Владимир Александрович

- | | |
|--|---|
| 463. Шестаков Олег Анатольевич | 471. Щербатых Андрей Викторович |
| 464. Шибанов Руслан Васильевич | 472. Щербин Дмитрий Анатольевич |
| 465. Шинкевич Эдуард Владимирович | 473. Щуко Андрей Геннадьевич |
| 466. Шиповская Юлия Леонидовна | 474. Юрков Павел Сергеевич |
| 467. Шкандрий Антон Бенедиктович | 475. Юрьева Татьяна Николаевна |
| 468. Шамаков Олег Игоревич | 476. Якимов Алексей Петрович |
| 469. Шуликовская Ирина Валентиновна | 477. Яковлев Александр Геннадьевич |
| 470. Щапов Владимир Валерьевич | 478. Яковченко Сергей Николаевич |

**Материалы
научно-практической конференции
XXI съезда (общего собрания)
ОО "Ассоциация хирургов Иркутской области"**

(25 апреля 2014 г.)

РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ИНВЕРТИРОВАННОМ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ ГОРТАНИ

Д.м.н., профессор В.М. Аксенов

ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (г. Москва)

Актуальность

Несмотря на то, что инвертированный папилломатоз полости носа (ИППН) является в гистологическом смысле доброкачественным заболеванием, хирургическое удаление этой опухоли сопряжено с необходимостью радикального удаления с инвалидизирующим повреждением лицевого черепа. Инновационные технологии открывают новые возможности хирургического лечения этого заболевания с сохранением косметической архитектуры, несмотря на необходимый радикализм вмешательства.

Цель исследования: изучить результаты применения эндоскопической методики удаления ИППН с сохранением внешних косметических контуров лобно-лицевой области черепа.

Материалы и методы исследования

За период 2002 – 2010 гг. удаление ИППН было проведено у 12 больных мужского пола в возрасте от 56 до 64 лет. Данный вид хирургического вмешательства, несмотря на удаление медиальной стенки верхнечелюстной пазухи благодаря возможности применения эндоскопической техники позволил радикальное удаление ИППН. Внешние контуры мягких тканей лица и костного скелета лобно-лицевой области удалось полностью сохранить.

Результат исследований и их обсуждение

Результаты проведенных исследований показали, что в период наблюдения в срок от 3 до 10 лет после операции рецидива роста ИППН не было.

Вывод

- 1) Использование эндоскопического контроля при удалении ИППН позволяет радикально удалять эту опухоль.
- 2) Использование этого метода позволяет полностью сохранить косметические параметры лицевого скелета после удаления ИППН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Д.м.н., профессор В.М. Аксенов

ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (г. Москва)

Актуальность

Верификация злокачественных опухолей гортани общеизвестна и является основным методом диагностики биопсионного материала при раке гортани. Однако при эндофитном росте опухоли, когда последняя растет в глубину ткани гортани,

своевременная диагностика злокачественного процесса крайне затруднена и чревата переходом роста опухоли в менее операбельные стадии. В таких ситуациях, с целью повышения качества выявления рака гортани, крайне актуально применение инновационных технологий, позволяющих выявлять этот вид рака на более ранних стадиях.

Цель исследования: изучить результаты применения интраоперационной экспресс-биопсии при диагностике рака гортани.

Материалы и методы исследования

За период 2002 – 2012 гг. проведено диагностическое исследование рака гортани методом экспресс-биопсии у 34 больных мужского пола в возрасте от 45 до 67 лет. Данное исследование проводилось у больных, у которых при наличии клинической картины рака гортани различной локализации двух или трехкратное исследование биопсионного материала с помощью фиброскопа не позволяло выявить злокачественный рост опухоли. Под эндотрахеальным наркозом производилась ларингофиссура и под контролем операционной оптики, с применением зеленого света, из подозрительных на злокачественный рост участков гортани брался биопсионный материал для гистологического исследования. В термконтейнер этот материал через несколько минут доставлялся в патологическую лабораторию, где он обрабатывался экспресс-методом и через 20 минут сообщался результат гистологического исследования. В зависимости от результатов экспресс-биопсии выполнялась операция на гортани.

Результат исследований и их обсуждение

Результаты проведенных исследований показали, что при гистологическом исследовании операционного материала выявление рака в удаленных отделах гортани и ее фрагментах с пораженной злокачественным ростом тканью в 100 % случаев совпало с результатом экспресс-биопсии.

Выводы

- 1) Применение интраоперационной экспресс-биопсии облегчает выявление рака гортани при его эндофитном росте.
- 2) Использование этого метода позволяет выявлять виды рака гортани, обнаружить которые рутинными способами крайне трудно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГОЛОСА ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ

Д.м.н., профессор В.М. Аксенов

ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (г. Москва)

Актуальность

Результатом экстирпации гортани является полное исчезновение голоса вследствие отсутствия голосового аппарата. Одним из методов восстановления голоса является установка шун-

тирующих голосовых протезов между трахеей и глоткой.

Цель исследования: изучить результаты применения голосовых протезов при удалении гортани при раке гортани.

Материалы и методы исследования

За период 2007 – 2012 гг. проведено голосовое протезирование у 32 больных мужского пола в возрасте от 49 до 60 лет. Данное протезирование осуществлялось установкой пластмассового шунта между глоткой и трахеей. Суть протезирования заключается в использовании движений мышц глотки и полости рта при произнесении речевых звуков. Особенность данного протезирования заключается в реальной реабилитации раковых больных, что позволяет возвращать их к нормальному общению с людьми. Значение данного протезирования для больных очень велико.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенных исследований показали, что специального обучения и привыкания больных к голосовым протезам не требуется.

Выводы

1) Использование голосовых шунтирующих протезов практически полностью восстанавливает голос при удалении гортани.

2) Использование этого метода позволяет полностью адаптировать больных после экстирпации гортани к нормальной жизни.

АНАЛИЗ ОБОСНОВАННОСТИ ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В.А. Белобородов, В.А. Шелест, П.В. Шелест

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный
медицинский университет» (г. Иркутск)
ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница
№ 1» (г. Иркутск)

Целью настоящей работы явился анализ отказов в госпитализации больным с некоторыми острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, представляющими наибольшую сложность в догоспитальной диагностике. Очевидно, что успех лечения пациентов с неотложными хирургическими заболеваниями напрямую зависит от их правильной и своевременной диагностики.

В приемное отделение ОГАУЗ ИГКБ № 1 за 2012 и 2013 гг. были доставлены ГСМП и самостоятельно обратились 18 675 больных с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости. Анализ догоспитальной диагностики врачами ГССМП г. Иркутска показал, что в 47,2 % случаев был предположен острый аппендицит, в 11,8 % – острый холецистит, в 19,5 % – острый панкреатит, в 8,4 % – желудочно-кишечное кро-

вотечение, в 4,6 % – перфоративная язва полого органа, в 5,9 % – острая кишечная непроходимость и в 2,6 % – ущемленная грыжа.

Из всех 18 675 больных 6 896 (37 %) были госпитализированы в хирургические отделения с последующим выполнением необходимого стационарного лечения, а у 11 779 (63 %) – направительный диагноз не был подтвержден, и они были направлены на амбулаторное дообследование и лечение.

Анализ отказов в госпитализации обратившихся в приемное отделение больных с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости показал, что в 2012 г. в 6 % наблюдений отказ в госпитализации был необоснован. При ретроспективной экспертизе указанных наблюдений было установлено, что в этих случаях имелись признаки различных заболеваний, требующих стационарного лечения.

Среди лиц, у которых был необоснованный отказ в госпитализации, преобладали больные с острым панкреатитом (40 %), желчнокаменной болезнью (21 %), ущемленными грыжами передней брюшной стенки (13 %), осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (9 %) и острой кишечной непроходимостью (6 %). Кроме того, в 11 % случаев были другие заболевания органов брюшной полости, требующие стационарного наблюдения и лечения в условиях хирургического стационара.

Основными причинами необоснованных отказов в госпитализации явились: недооценка клиничко-anamnestических данных и результатов дополнительных методов исследований (65 %), а также несоблюдение стандарта обследования и лечения у больных с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости (35 %).

В настоящее время в абдоминальной хирургии существует несколько стандартов обследования и лечения больных с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости (федеральные, региональные, областные и местные). Однако не все они соблюдаются в лечебных учреждениях различного уровня. Это часто обусловлено недостатками в оснащении медицинской аппаратурой и оборудованием.

В настоящее время в клинике разработаны и внедрены стандарты оказания помощи больным, основанные на общепринятых федеральных нормативах, при основных острых заболеваниях органов брюшной полости: острый аппендицит, острый панкреатит, желчнокаменная болезнь, ущемленные грыжи передней брюшной стенки, острая кишечная непроходимость, осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Благодаря внедрению данных стандартов в клинику и строгому контролю за их выполнением в 2013 г. удалось снизить количество необоснованных отказов в госпитализации с острыми заболеваниями органов брюшной полости с 6 до 3,9 %.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

В.А. Белобородов, И.Е. Голуб, И.В. Астапенко,
Е.Г. Дертышников, В.М. Хакимов, А.Н. Хэ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный
медицинский университет» (г. Иркутск)
ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница
№ 1» (г. Иркутск)

Синдром Мирицци — одно из тяжелых осложненных желчнокаменной болезни (ЖКБ), сопровождающееся нарушением проходимости желчных путей из-за воспалительного дегенеративных изменений между стенкой желчного пузыря и гепатикохоледохом. Среди больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ) синдром Мирицци выявляется в 0,2–5,0 % соответствующих наблюдений (Савельев В.С., Ревякин В.И., 2003; Запороженко Б.С., Снисаренко А.В., Бородаев И.Е., Горбунов А.А., 2006; Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др., 2006).

В 1948 г. Pablo Luis Mirizzi впервые описал нарушение проходимости гепатикохоледоха вследствие его сдавления камнем, находившимся в шейке желчного пузыря (Mirizzi P.L., 1948). Существуют несколько классификаций синдрома Мирицци: McSherry (1982), Csendes (1989), М.Е. Нечитайло (2005) (Бойко В.В., Клименко Г.А., Малоштан А.В., 2008; McSherry С.К., Ferstenberg Н., Virshup М., 1982; Csendes А., Diaz J.C., Burdiles P., 1989). Основным объединяющим их фактором является наличие или отсутствие фистулы между желчным пузырем и желчевыводящими путями. Это стало принципом в создании первой и наиболее распространенной классификации McSherry (1982): I тип — сдавление гепатикохоледоха камнем, находящимся в самом пузыре, его шейке или пузырном протоке; II тип — образование свища между желчным пузырем и гепатикохоледохом с его обструкцией конкрементом (Mirizzi P.L., 1948). Такая классификация очень важна для хирургов, особенно в современных условиях эпохи активного внедрения эндовидеотехники.

При установленном диагнозе синдрома Мирицци большинство хирургов рекомендуют открытую операцию, которая предполагает устранение причины обструкции гепатикохоледоха — холецистэктомию при I типе и холедохолитотомию при II типе (Савельев В.С., Ревякин В.И., 2003; Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др., 2006; Запороженко Б.С., Снисаренко А.В., Бородаев И.Е., Горбунов А.А., 2006; Бойко В.В., Клименко Г.А., Малоштан А.В., 2008). При значительном дефекте гепатикохоледоха предлагается наружный дренаж по Керу или формирование билиодигестивного анастомоза, что значительно усложняет вмешательство и повышает риск развития гнойного холангита и стриктур, которые служат причиной для повторных вмешательств у 11,1–20,8 % больных с синдромом Мирицци (Савельев В.С., Ревякин В.И., 2003; Запороженко Б.С., Снисаренко А.В., Бородаев И.Е., Горбунов А.А., 2006; Бойко В.В., Клименко Г.А., Малоштан А.В., 2008).

Таким образом, синдром Мирицци не частое, но грозное осложнение ЖКБ, требующее комплексной диагностики и хирургической коррекции, объем которой может варьировать от стандартной холецистэктомии до обширных реконструктивных операций.

Цель исследования: улучшение качества диагностики и результатов лечения больных ЖКБ, осложненной синдромом Мирицци.

Проведен анализ результатов обследования и лечения 800 больных с ЖКБ, в том числе 200 больных с острым холециститом. Синдром Мирицци выявлен у 14 (1,75 %) больных. Среди них I тип имел место у 5 (35,7 %) больных, II тип — у 9 (64,3 %) больных. Возраст больных варьировал от 42 до 83 лет. Мужчин было 4 (28,6 %), женщин — 10 (71,4 %).

Всем больным с признаками острого холецистита и механической желтухи наряду с общеклиническими исследованиями проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, при котором оценивали состояние желчного пузыря, а также желчных протоков. Расширение гепатикохоледоха ≥ 8 мм служило признаком желчной гипертензии и показанием для выполнения эндоскопической ретрохолангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Обнаруженная при этом причина нарушения оттока желчи была показанием для выполнения эндоскопической коррекции. В случаях подозрения на неопластический процесс и для уточнения анатомического взаимоотношения гепатикохоледоха и желчного пузыря выполняли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с внутривенным болюсным контрастированием или эндоУЗИ.

Большинство больных (10; 71,4 %) с синдромом Мирицци были госпитализированы с первичным диагнозом «механическая желтуха». В 4 (28,6 %) случаях больные были направлены в клинику с диагнозом острого и хронического калькулезного холецистита или обострения язвенной болезни, рака желудка.

Анамнестические сведения свидетельствуют, что у большей части больных (12; 85,7 %) с синдромом Мирицци длительность существования ЖКБ составила более 8 лет (в среднем $12,4 \pm 9,9$ года), и лишь в 2 (14,3 %) случаях ЖКБ была впервые диагностирована при поступлении в стационар. Следует отметить, что у 200 больных неосложненной острым калькулезным холециститом длительность камненосительства составила $7,8 \pm 1,9$ года, что в 1,6 раза меньше, чем при синдроме Мирицци ($p < 0,01$). Следовательно, длительность существования ЖКБ положительно коррелирует с частотой выявляемости синдрома Мирицци.

При первичном УЗИ в стационаре установлено, что у всех 14 больных с синдромом Мирицци было выявлено расширение общего печеночного протока. При этом лишь в 11 (78,6 %) случаях имелись клинические проявления желтухи. Диаметр общего печеночного протока в среднем составил $11,6 \pm 8,9$ мм, дистальнее желчного пузыря холедох не определялся. Средняя концентрация билирубина

в сыворотке крови составила $77,3 \pm 11,6$ мкмоль/л. У 3 (21,4 %) больных в клинической картине преобладал болевой синдром, но гипербилирубинемия не отмечалась, хотя одна из них перенесла в ближайшем прошлом эпизоды желтухи.

В результате при I типе синдрома Мириizzi установлены следующие характерные УЗИ-признаки: расширение общего печеночного протока, отсутствие визуализации холедоха, признаки острого калькулезного холецистита. Однако специфичность данной триады невелика (42,9 %). Более информативным исследованием явилась ЭРХПГ и эндоУЗИ, во время которой у больных с I типом синдрома Мириizzi выявляли характерное сегментарное сужение просвета гепатикохоледоха на уровне расположения желчного пузыря и проксимальнее — расширение общего печеночного протока. Из-за наличия желтухи и сужения желчного протока на протяжении $> 1,5$ см у части больных ошибочно был заподозрен неопластический процесс, что исключили при компьютерной томографии с внутривенным контрастированием.

Холецистэктомия из мини-доступа была выполнена у одного (20 %) больного с синдромом Мириizzi I типа. Наличие плотных сращений в зоне гепатикохоледоха и шейки желчного пузыря послужило причиной выполнения расширенного хирургического доступа у 4 (80 %) из них.

Наличие рубцового сужения гепатикохоледоха у одного больного с I типом синдрома явилось показанием к формированию гепатикоэюностомии на выключенной по Ру петле.

При УЗИ у 5 (55,6 %) из 9 больных со II типом синдрома были выявлены конкременты в просвете гепатикохоледоха. По некоторым косвенным признакам, таким как расширение общего печеночного протока при отсутствии визуализации дистального отдела холедоха и наличие сморщенного желчного пузыря, II тип синдрома Мириizzi был заподозрен у 6 (66,7 %) из 9 больных. С помощью метода УЗИ визуализировать фистулу между желчным пузырем и гепатикохоледохом удалось лишь у одного (11,1 %) больного.

С помощью ЭРХПГ с подозрением на II тип синдрома Мириizzi во всех случаях был обнаружен холедохолитиаз и подтверждено наличие сообщения между желчным пузырем и гепатикохоледохом. В 6 случаях была предпринята попытка механической литотрипсии, которая была успешной у 2 больных. У 2 пациентов это было завершающим этапом лечения, так как сморщенный желчный пузырь конкрементов больше не содержал, а выраженная сопутствующая патология ставила под сомнение целесообразность выполнения холецистэктомии у этих больных.

В остальных 7 случаях при II типе синдрома Мириizzi была выполнена лапаротомия. У 5 больных выполняли резекцию желчного пузыря с пластикой дефекта холедоха участком стенки желчного пузыря с наружным дренированием холедоха. У 2 больных со II типом синдрома размер фистулы и состояние

стенок пузыря не позволяли осуществить пластику дефекта, что послужило показанием к гепатикоэюностомии на выключенной по Ру петле.

В послеоперационном периоде у одной больной развилась пневмония, в одном случае — желчный свищ, впоследствии закрывшийся самостоятельно. Умерла одна пациентка на 6 сутки после операции вследствие острой сердечнососудистой недостаточности. Послеоперационная летальность у больных, оперированных по поводу синдрома Мириizzi, составила 7,1 %.

Анализ клинико-анамнестических сведений 14 больных с синдромом Мириizzi I и II типов показал, что его клиническая картина неспецифична. В одних случаях на первый план выступают признаки механической желтухи, а в других — острого холецистита. Среди инструментальных методов исследования существенное значение имеет метод УЗИ, позволяющий определить механическую природу желтухи и уровень блока. Более информативным методом в диагностике синдрома Мириizzi является ЭРХГ и эндоУЗИ, которые позволяют не только диагностировать синдром, но и определить его тип.

Таким образом, первым этапом инструментальной диагностики синдрома Мириizzi является выявление признаков желчной гипертензии путем УЗИ. Затем выполняют эндоскопическое исследование с ЭРХПГ, при котором уточняется характер обструкции гепатикохоледоха, тип синдрома, и, кроме того, осуществляют коррекцию желчеоттока. Для исключения опухолевой природы обструкции гепатикохоледоха выполняли МСКТ. После дообследования больные были оперированы: при I типе синдрома выполняли холецистэктомию, а в части случаев (20 %) дополнительно потребовалась гепатикоэюностомия на выключенной по Ру петле.

Первым этапом лечения больных со II типом синдрома Мириizzi является папиллотомия с удалением, по возможности, конкрементов холедоха. У некоторых больных (22,2 %) эндоскопическое вмешательство может быть завершающим этапом лечения. На втором этапе выполняли лапаротомию, холедохолитотомию, резекцию желчного пузыря с пластикой гепатикохоледоха (55,6 %). В ряде случаев (22,2 %) единственным вариантом вмешательства является гепатикоэюностомия.

При ЖКБ частота синдрома Мириizzi находится в прямой зависимости от продолжительности заболевания. УЗИ позволяет установить нарушение оттока желчи и определить уровень обструкции гепатикохоледоха. Косвенным признаком синдрома Мириizzi является расширение общего печеночного протока и отсутствие расширения холедоха. Эндоскопическое исследование с ЭРХПГ и/или эндоУЗИ позволяет не только диагностировать синдром Мириizzi и определить его тип, но и способствовать выполнению адекватной декомпрессии желчевыводящей системы, а у 22,2 % больных со II типом синдрома Мириizzi эндоскопическое лечение было альтернативой хирургическому за счет литотрипсии и литоэкстракции.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

В.А. Белобородов, Е.А. Кельчевская, В.А. Агеенко

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Оптимизация диагностики острого аппендицита до настоящего времени остается одной из актуальных проблем в urgentной хирургической практике. Это обусловлено все еще сохраняющимися трудностями в дифференции некоторых заболеваний, часто протекающих под маской острого заболевания живота и обуславливающих диагностические ошибки (10 – 38 %) и в последующем необоснованные оперативные вмешательства (Лоймоева В.С., 2006; Совцов С.А., 2013).

Для цели улучшения диагностики острого аппендицита предлагаются различные балльные системы оценки признаков. Наиболее часто используют систему балльной оценки (СБО) А. Alvarado. Она включает перечень симптомов и признаков (Шатобалов В.К., Рамозанов Р.Р., 2012; Совцов С.А., 2013; Alvarado А.А., 1986), характерных для неосложненного варианта острого аппендицита (табл. 1).

Таблица 1

Система балльной оценки А. Alvarado

Симптомы	Баллы
Миграция боли в правую подвздошную область	1
Анорексия	1
Тошнота, рвота	1
Напряжение в правой подвздошной области	2
Симптом Щеткина – Блюмберга	1
Температура 37,3 °С	1
Лейкоцитоз больше 10000	2
Сдвиг лейкоцитов влево (больше 75 % нейтрофилов)	1
Сумма баллов и вероятность острого аппендицита (ОА)	
Вероятность ОА	Баллы
ОА маловероятен	1–4
ОА возможен, необходимо наблюдение	5–6
ОА наиболее вероятен	7–10

Существующие трудности диагностики острого аппендицита объясняются рядом причин, прежде всего, отсутствием патогномичных симптомов, вариативностью расположения червеобразного отростка, атипичным течением заболевания у молодых женщин и больных пожилого и старческого возраста (Призенцов А.А., Скуратов А.Г., Анджум В., 2013).

Атипичность клинических проявлений у пациентов пожилого и старческого возраста отмечена в многочисленных руководствах и исследованиях,

что связывается с пониженной реактивностью; склерозом сосудов, питающих червеобразный отросток; возрастной релаксацией мышц передней брюшной стенки, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний.

Нами проведено изучение эффективности СБО А. Alvarado в диагностике атипичных форм острого аппендицита у женщин репродуктивного возраста и больных старше 60 лет. Для этого осуществлен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 130 пациентов с острым аппендицитом. Выбраны группы больных для анализа результатов применения СБО А. Alvarado и определения ее прогностической значимости в диагностике атипичных форм острого аппендицита.

Группа больных от 60 до 81 года составила 10,8 % от общего количества больных. Среди них – 7 женщин (средний возраст – 69,1 лет) и 7 мужчин (средний возраст – 68,5 лет). В сроки до 24 часов поступили 9 больных (64,3 %), позже 24 часов (до 7 суток) – 5 (35,7 %). В возрасте до 60 лет поздняя госпитализация отмечена в 20,7 % наблюдений.

У 10 больных выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы. Тяжелой сопутствующей (чаще сочетанной) патологией других органов и систем страдали 9 больных.

Продолжительность стационарного наблюдения и обследования до операции у 11 больных составила от 2 до 6 часов, у 3 – от 7 до 20 часов. Средняя продолжительность диагностического периода у мужчин была $3,9 \pm 1,0$ часа, у женщин – $8,9 \pm 6,3$ часа.

Анализ результатов исследования количества лейкоцитов при поступлении больных показал частое несоответствие (28,6 %) уровня лейкоцитоза с морфологическими изменениями удаленного червеобразного отростка. Лейкоцитоз от 10 до 20,9 тыс. выявлен при флегмонозном аппендиците (7), гангренозном (1) и у 3 больных с неизменным отростком. Нормальное количество лейкоцитов при неизменном отростке отмечено у 2 больных и при флегмонозном аппендиците у 1 больного.

Для уточнения диагноза у 11 больных выполнено УЗИ, у 4 из них обнаружена свободная жидкость в брюшной полости, у больного 80 лет – признаки кишечной непроходимости, у 2 – хроническое заболевание поджелудочной железы. У 4 больных исследование оказалось неинформативным. Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости, проведенное в плане дифференциальной диагностики у 2 больных, патологии не выявило.

При гистологическом исследовании удаленных червеобразных отростков флегмонозная и флегмонозно-язвенная формы аппендицита установлены у 8 больных, гангренозная – у одного больного. У 5 (35,7 %) больных в удаленном червеобразном отростке воспалительных изменений не обнаружено.

Таким образом, напрасные аппендэктомии у больных пожилого и старческого возраста выполнены почти в 2 раза чаще, чем у больных моложе 60 лет (1,9:1). Случаев морфологического подтверждения поверхностного аппендицита у больных этой возрастной группы не было, а процентное соотношение флегмонозных и гангренозных аппендицитов в обеих возрастных группах показывает отсутствие существенных отличий (1:1,1).

Ретроспективное применение системы балльной оценки симптомов и признаков показало, что у всех 5 больных с неизменными червеобразными отростками сумма баллов не превышала четырех. Это свидетельствовало о малой вероятности острого аппендицита и необходимости амбулаторного контрольного осмотра через 24 часа (Шатобалов В.К., Рамозанов Р.Р., 2012).

При флегмонозном аппендиците у 2 больных было по 3 балла (ложно отрицательный результат), у 6 больных результат свидетельствовал о возможности наличия аппендицита (по 5 и 6 баллов) и необходимости наблюдения за больным и применения дополнительных методов обследования.

При гангренозном аппендиците количество баллов (3) соответствовало малой вероятности аппендицита. Это объясняется тем, что при данной форме аппендицита СБО А. Alvarado не может применяться из-за двухэтапности развития процесса, возможности осложнений и несоответствия признакам и симптомам этой формы.

Группа женщин репродуктивного возраста составила 34,6 %. Из 45 больных в возрасте от 18 до 30 лет было 32 женщины и от 31 до 46 лет — 13 женщин.

В сроки до 24 часов от начала заболевания были доставлены или сами обратились за помощью 34, а позже 24 часов — 11 (24,4 %) больных.

Срок от поступления в стационар до начала операции у 39 пациенток продолжался менее 12 часов, у 6 больных в среднем $21 \pm 7,5$ часов.

Количество лейкоцитов на момент поступления у 11 больных был в пределах от 5,5 до 8,8 тыс., у 34 — от 10,6 до 21,3 тыс. При простой форме аппендицита нормальный уровень лейкоцитов был у 2 больных, лейкоцитоз — у 3 больных. При флегмонозном аппендиците количество лейкоцитов не превышало нормальные показатели у 7 пациенток, лейкоцитоз наблюдался у 12 больных. При неизменном отростке у 2 больных лейкоцитоз был от 13,7 до 16 тыс.

Таким образом, в группе женщин репродуктивного возраста в 40 % случаев отмечено несоответствие уровня лейкоцитоза с морфологическими изменениями удаленного червеобразного отростка.

Ультразвуковое исследование проведено у 41 больной. Из них у 5 обнаружена свободная жидкость в брюшной полости или в малом тазу, у 2 — камни в желчном пузыре, у одной — киста яичника, а у 33 больных патологических изменений не обнаружено.

По результатам послеоперационного морфологического исследования удаленного червеобраз-

ного отростка у 6 больных установили простой аппендицит, у 20 — флегмонозный, у 6 — флегмонозно-язвенный и у 4 больных гангренозный. У 9 больных воспалительных изменений в отростке не выявлено.

При простом аппендиците 1 — 4 балла отмечено у 4, 5 — 6 баллов — у 2 пациенток. При флегмонозном аппендиците 1 — 4 балла — у 4 больных, 5 — 6 — у 12, 7 — 10 баллов — у 4 больных. При флегмонозно-язвенном аппендиците 5 — 6 баллов — у 5 больных, 7 баллов — у 1 больной. 1 — 4 балла при гангренозном аппендиците отмечено у 1 больной, 5 — 6 — у 2, 9 баллов — у 1 больной. При напрасных операциях 1 — 4 балла было — у 7 больных, 5 — 6 баллов — у 2 больных, 7 — 10 баллов отмечено не было.

Таким образом, при простом аппендиците и напрасных операциях преобладали случаи, когда количество баллов соответствовало малой вероятности острого аппендицита. При флегмонозном аппендиците отмечено 4 ложноотрицательных результата. В 51,1 % случаев аппендицит был возможен, но необходимо дополнительное обследование.

Таким образом, СБО А. Alvarado в диагностике острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста и молодых женщин не дает однозначные результаты, однако может служить ориентиром и в комплексе с современными диагностическими технологиями способствовать снижению числа напрасных операций.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

А.В. Белоногов, В.Г. Лалетин, В.В. Маточкин

ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная медицинская академия постдипломного обучения» (г. Иркутск)
ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Развитие эндоскопической техники позволяет проводить в настоящее время хирургическое лечение больных раком желудка мининвазивными способами в объеме гастрэктомии и лимфодиссекции D2. Лапароскопические операции стали альтернативой открытым лапаротомным вмешательствам. В данной статье мы приводим первый опыт лапароскопической гастрэктомии в нашей клинике, которая была выполнена 25.03.2013.

Пациентка К. 52 лет находилась на лечении в Иркутском областном онкологическом диспансере с 15.03.2013 по 05.04.2013. При поступлении предъявляла жалобы на периодически возникающую тошноту, чувство тяжести в животе после приема пищи, отмечено снижение массы тела на 8 кг в течение года. По данным видеогастроскопии в теле желудка по большой кривизне диагностирован язвенный дефект слизистой размерами $1,5 \times 0,7$ см. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружен рост перстневидно-клеточного рака. Предоперационный

диагноз: рак тела желудка IB стадия T2N0M0 II клиническая группа. 25.03.2013 пациентке проведено оперативное лечение в объеме лапароскопической гастрэктомии, лимфодиссекции D2. Операция выполнена под интубационным наркозом в сочетании с эпидуральной анальгезией с введением миорелаксантов и проведением искусственной вентиляции легких. Положение больной на операционном столе на спине, с разведенными ногами, с возможностью изменения позиции в зависимости от этапа вмешательства. Во время операции в брюшной полости сохранялось давление CO₂ 11 – 12 мм рт.ст. После наложения карбоксиперитонеума в брюшную полость вводили 10-миллиметровый троакар в умбиликальной области для лапароскопа со скошенной оптикой. Последующее введение портов производили под визуальным контролем. В правой мезогастральной области по средне-ключичной линии устанавливали 12-миллиметровый троакар для электродиссектора, в дальнейшем через него вводили сшивающий аппарат на этапе резекции. Три троакара 10 мм вводили в правом и левом подреберьях и левой мезогастральной области по средне-ключичной линии.

При ревизии органов брюшной полости отдаленного метастазирования не обнаружено. Желудок при инструментальной пальпации подвижен, опухоль инструментом не определялась. Мобилизацию желудка и лимфодиссекцию проводили ультразвуковым скальпелем Harmonic Ace Ethicon. Начинали мобилизацию желудка с большой кривизны с отсечением большого сальника от поперечно-ободочной кишки. Правую и левую желудочные артерии клипировали, двенадцатиперстную кишку пересекли ниже привратника с помощью аппарата Echelon Flex 60. Мобилизовав абдоминальный отдел пищевода, пересекли его аппаратом Echelon Flex 45 (синими кассетами), отступя на 1 см от переходной линии. В левом подреберье выполнили параректальную минилапаротомию. Органокмплекс удалили через минидоступ в левом подреберье. Реконструктивный этап выполняли интракорпорально. Эзофагоэноанастомоз формировали по типу «конец-в-бок» с помощью циркулярного аппарата DTS Series EEA XL (autosuture) – 21. Межкишечный анастомоз накладывали из минидоступа аппаратом Echelon 45 (синими кассетами). Линию швов дополнительно перитонизировали мануально. Рану брюшной стенки ушивали послойно. Затем вновь накладывали карбоксиперитонеум и осуществляли контрольную лапароскопию.

Производили аспирацию транссудата и крови, осматривали область хирургического вмешательства, проверяли надежность гемостаза. Брюшную полость дренировали двумя дренажами, установленными в области эзофагоэноанастомоза и культи двенадцатиперстной кишки соответственно. Дренажи вводили в правом и левом подреберье через лапаропорты.

Продолжительность операции составила 300 мин. Объем кровопотери был 300 мл. Пациентка на 2-е сутки переведена из палаты реанимации в отделение. Дренажи из брюшной полости удалены на 3-и сутки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана из стационара на 9-е сутки после операции. Результат патогистологического исследования удаленного препарата № от 22327-59/13: При микроскопии на фоне хронического активного гастрита обнаружены очаги роста аденокарциномы G1 в пределах слизистого слоя. В других отделах признаки хронического активного гастрита. В краях резекции признаки хронического гастрита. В лимфатических узлах N1 – N12 групп реактивные изменения.

При контрольном обследовании через 6 месяцев после оперативного лечения данных за рецидив заболевания не выявлено.

Лапароскопическая гастрэктомия с D2 лимфодиссекцией является технически выполнимым вмешательством при достаточной подготовке хирургов, при этом достигается необходимая радикальность и абластика при известных преимуществах лапароскопической техники. Наш положительный опыт проведения данной операции показывает ее целесообразность, дальнейшего применения в онкологической практике.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ, СРЕДОСТЕНИЯ И ПЛЕВРЫ

А.В. Белоногов, В.Г. Лалетин, П.С. Улыбин

ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная медицинская академия постдипломного обучения» (г. Иркутск)

В торакальном отделении Иркутского областного онкологического диспансера на протяжении многих лет используются малоинвазивные методы диагностики и лечения заболеваний органов грудной клетки.

В 2013 г. было выполнено 218 видеоторакоскопических вмешательств, основной целью которых явилось уточнение характера патологического процесса в грудной полости и получен патологический материал для морфологической верификации диагноза. Из них у 134 (61,4 %) больных видеоторакоскопическое вмешательство явилось радикальной операцией.

Для выполнения операций мы использовали видеоторакоскопический комплекс фирмы Olympus (Япония) с наборами стандартных торако-лапароскопических инструментов. Основной задачей во время торако-лапароскопического вмешательства было обнаружение патологического очага, который, как правило, был уже ранее диагностирован неинвазивными способами на дооперационном этапе.

При обнаружении измененных участков париетальной и висцеральной плевры выполнялась диагностическая биопсия с цитологическим исследованием. Измененные лимфоузлы средостения удалялись полностью. При одиночных периферических образованиях выполнялась атипичная резекция легкого сшивающими эндоскопическими аппаратами. При периферических злокачественных опухолях T1 выполнялась лобэктомия с медиастиальной лимфаденэктомией.

Видеоторакоскопия у 39 больных выполнена по поводу увеличенных лимфоузлов средостения. После выполнения диагностической торакоскопии с биопсией лимфатических узлов, диагноз саркоидоз установлен у 17 (43,5 %) больных, туберкулез — у 5 (12,8 %), лимфогранулематоз — у 5 (12,8 %), лимфосаркома — у 2 (5,1 %), лимфаденопатии инфекционной этиологии — у 6 (15,3 %) и метастатическое поражение — у 4 (10,2 %).

У 45 больных диагностическая торакоскопия проведена по поводу заболеваний легких и плевры. При этом поствоспалительный фиброз обнаружен у 23 (51,1 %) больных, злокачественное новообразование — у 12 (26,6 %), туберкулез — у 8 (17,7 %) и пневмокониоз — в 2 (4,4 %) случаях.

Лечебные торакоскопии, завершившиеся атипичной резекцией легких по поводу периферических новообразований, выполнены у 118 больных. Из них у 52 (44 %) пациентов установлены гамартрохондромы, метастазы удалены у 48 (40,6 %), туберкуломы — у 10 (8,4 %) и поствоспалительные фиброзы — у 8 (6,7 %) больных.

Удаленными опухолями средостения у 8 пациентов оказались невриномы и по одному случаю бронхогенная киста и киста перикарда.

В четырех случаях выполнена лобэктомия; в двух случаях нижняя лобэктомия справа, в одном — верхняя лобэктомия справа и в одном — нижняя лобэктомия слева. При гистологическом исследовании во всех случаях диагностирована аденокарцинома T1.

Двум пациентам с канцероматозным плевритом выполнена торакоскопическая фотодинамическая терапия.

Из всех больных в 10 (8,4 %) случаях выполнена конверсия, после торакоскопического этапа операция продолжена из минидоступа с целью обнаружения патологического очага. Из них в 7 случаях причиной перехода на открытый доступ был спаечный процесс, и в трех случаях — глубокое залегание опухоли в паренхиме легкого.

Наш опыт показывает, что торакоскопические вмешательства должны чаще использоваться в лечении и диагностике заболеваний легких средостения и плевры. Преимущество эндохирургической операции — это не только лечебно-диагностическая ценность используемого метода, но и экономическая выгода — восстановление больного после операции в более короткие сроки, что способствует сокращению количества койко-дней и удешевлению стоимости лечения в два раза.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

*А.В. Белоногов, С.В. Журавлев, В.Г. Лалетин,
В.В. Маточкин*

ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная медицинская академия постдипломного обучения» (г. Иркутск)
ГОО ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Введение

Проблема лечения больных с опухолевым стенозом пищевода и кардиального отдела желудка остается по-прежнему актуальной. У большинства больных с данной патологией лечение носит паллиативный характер. Развивающаяся дисфагия является тягостным состоянием для пациента, ухудшая качество жизни. В настоящее время существуют различные способы эндоскопического лечения опухолевых стенозов. Наряду с лазерной реканализацией, аргоно-плазменной коагуляцией, фотодинамической терапией в нашей клинике с успехом применяется эндоскопическое стентирование стентами фирмы Ella.

Материалы и методы

В Иркутском онкологическом диспансере с 2010 по 2012 гг. на базе эндоскопического отделения проведено стентирование при опухолевом стенозе пищевода и кардии у 86 больных, возраст которых составил от 41 до 86 лет, средний возраст — 65,8 лет. Из них было 66 (77 %) мужчин и 20 (23 %) женщин. В 2010 г. имплантировано 13 (15 %) стентов, в 2011 — 24 (28 %) и в 2013 — 49 (27 %). Показанием к стентированию являлось устранение дисфагии у больных со стенозирующей опухолью пищевода и кардиального отдела желудка в плане комбинированного лечения перед лучевой терапией и операцией, прорастание (компрессия) пищевода злокачественными опухолями смежных органов, злокачественные нерезектабельные стенозирующие опухоли пищевода, кардии. Противопоказанием к стентированию было крайне тяжелое состояние пациента, обусловленное прогрессированием злокачественного заболевания. Рак пищевода выявлен у 56 (66 %) больных, рак кардиального отдела желудка — у 26 (30 %) больных, рак нижней доли правого легкого с инвазией в пищевод диагностирован у 3 (3 %) больных, 1 (1 %) пациентка страдала раком молочной железы с метастатическим поражением лимфатических узлов средостения и компрессией пищевода. Наибольшее количество больных имели IV стадию заболевания, в таблице показано общее количество больных в зависимости от заболевания и стадии (табл. 1).

Степень и локализация опухолевого стеноза были различными. У 60 % (n = 52) больных диагностирован стеноз нижней трети пищевода и кардии. В 18 % случаев (n = 16) стеноз распространялся на среднюю и нижнюю треть пищевода. Поражение только средней трети пищевода имели 16 (18 %)

больных. Локализация стеноза в верхней трети, а также в верхней и средней трети диагностированы по одному случаю.

Таблица 1

Общее количество больных ($n = 86$), у которых выполнено стентирование в зависимости от заболевания и стадии

Диагноз	II стадия	III стадия	IV стадия
Рак желудка	1	5	20
Рак пищевода	3	18	35
Рак нижней доли правого легкого	–	–	3
Рак молочной железы	–	–	1
Всего, $n = 86$	4 (5 %)	23 (27 %)	59 (68 %)

Степень стеноза мы оценивали по эндоскопической картине. К I степени мы относили стеноз, когда имелось сужение просвета пищевода, проходимость для среднего калибра гастроскопа. При II степени эндоскоп проходит сужение с сопротивлением. При III степени гастроскоп за стеноз не проходит. У 5 (6 %) больных определен стеноз I степени, в 38 % ($n = 33$) случаев диагностирован стеноз II степени, и в 56 % ($n = 48$) – III степени.

Методика стентирования

Всем больным проведена установка стентов фирмы Ella. Представляет собой саморасширяющийся цельноплетеный полностью покрытый нитиловый стент с системой доставки. Выбор стента зависел от локализации и протяженности опухолевого стеноза. Перед стентированием больному выполнялась эндоскопия с биопсией, рентгеноскопия пищевода и желудка, при подозрении на наличие эзофагореспираторной – фистулы бронхоскопия и мультиспиральная компьютерная томография. Эндоскоп проводили в пищевод после аппликационной анестезии ротоглотки спреем лидокаина 10 % в положении больного на левом боку. После уточнения проксимальной и дистальной границы опухоли по биопсийному каналу эндоскопа заводили струну-направитель. После проведения доставочного устройства по струне проводилось высвобождение стента. После окончательного раскрытия стента выполнялся эндоскопический контроль, при необходимости проводили коррекцию положения стента. Через несколько часов после стентирования больному разрешали пить прозрачные жидкости с последующим расширением диеты. На 4 – 5-е сутки выполнялась контрольная рентгеноскопия для оценки раскрытия стента.

Результаты

Неудач в установке саморасправляющихся стентов у нас не было. У всех пациентов достигнут клинический эффект (купирование симптомов дисфагии и восстановление перорального питания). Из поздних осложнений следует отметить у 1 пациента дислокацию стента в дистальном направлении. Эта

проблема решилась заменой стента. У 2 больных диагностирован рост опухоли выше проксимального края стента. Это потребовало установки нового стента в просвет старого выше края опухоли.

Заключение

Эндоскопическое стентирование является эффективным и малоинвазивным методом лечения больных с опухолевым стенозом пищевода и кардии. За счет восстановления функции проходимости пищевода значительно улучшается качество жизни больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

А.В. Белоногов, В.Г. Лалетин, В.В. Маточкин

ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная медицинская академия постдипломного обучения» (г. Иркутск)
ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Хирургическое вмешательство при опухолях желудка остается одним из основных методов лечения. Современное направление в медицине в выполнении миниинвазивных операций нашло свое отражение и в онкологической практике.

Целью работы явилось внедрение в нашей клинике методики лапароскопической проксимальной резекции желудка. Это стало возможным благодаря накопленному опыту при выполнении лапароскопических дистальных резекций желудка, а также, в связи с приобретением необходимого инструментария.

Материалы и методы

В течение 2013 г. на базе эндохирургического отделения Иркутского областного онкологического диспансера выполнено три операции в объеме лапароскопической проксимальной резекции желудка.

В первом случае у пациента К. 69 лет выявлена опухоль желудка при плановом обследовании в поликлинике по месту жительства. Больной был направлен в онкологический диспансер, где проведено дообследование. По данным трансабдоминальной эндосонографии на слизистой субкардиального отдела желудка на передней стенке имеется образование размером 12×6 мм средней эхогенности. Опухоль прорастает в подслизистый слой и не имеет четких границ с мышечной оболочкой. Морфологически представляет собой дифференцированную аденокарциному.

Во втором случае пациентка С. 58 лет направлена из медицинского учреждения области, где ранее проходила лечение по поводу желудочного кровотечения. При проведении видеогастроскопии в субкардиальном отделе желудка обнаружено округлое подслизистое образование до 7 см в диаметре на широком основании. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружен рост высокодифференцированной нейроэндокринной (карциноидной) опухоли.

Третий больной Н. 38 лет в течение длительного времени страдал диареей. По этому поводу пациент прошел обследование в одной из больниц г. Иркутска, где по данным ФЭГДС и Эндо-УЗИ диагностирована опухоль желудка: в субкардиальном отделе желудка по задней стенке расположено подслизистое образование до 7 см, исходящее из мышечного слоя. Слизистая над образованием не изменена.

Каждый из пациентов был обследован согласно стандартам. Для определения клинической стадии выполняли компьютерную томографию органов грудной полости, брюшной полости и таза с двойным контрастированием.

Всем пациентам хирургическое вмешательство проводили по единой методике. Операцию выполняли под интубационным наркозом в сочетании с эпидуральной анальгезией с введением миорелаксантов и проведением искусственной вентиляции легких. Установка эпидурального катетера до операции позволяла проводить продленную эпидуральную анальгезию в раннем послеоперационном периоде. Положение пациента на операционном столе на спине, с разведенными ногами, с возможностью изменения позиции в зависимости от этапа вмешательства. Во время операции в брюшной полости сохранялось давление CO_2 11 – 12 мм рт.ст. После наложения карбоксиперитонеума в брюшную полость вводили 10-миллиметровый троакар в умбиликальной области для лапароскопа со скошенной оптикой. Последующее введение портов производили под визуальным контролем. В правой мезогастральной области по средне-ключичной линии устанавливали 12-миллиметровый троакар для электродиссектора, в дальнейшем через него вводили сшивающий аппарат на этапе резекции. Три троакара 10 мм вводили в правом и левом подреберьях и левой мезогастральной области по средне-ключичной линии. После ревизии брюшной полости начинали мобилизацию желудка с большой кривизны с отсечением большого сальника от поперечно-ободочной кишки до левой ножки диафрагмы. При этом использовали Harmonic или LigaSure. Малый сальник мобилизовали от привратника до пищевода. Левую желудочную артерию и вену клипировали либо прошивали аппаратом Echelon Flex 45 (белая кассета). Мобилизовав абдоминальный отдел пищевода, пересекали его аппаратом Echelon Flex 60 (синяя кассета), отступая на 1 см от переходной линии. В пищеводе на зонде вводили головку сшивающего циркулярного одноразового аппарата DST (autosuture) – 21. Через минидоступ в левом подреберье выводили желудок в рану и выполняли проксимальную резекцию с удалением верхней трети и 2/3 тела желудка. На передней стенке желудка формировали окно для проведения сшивающего аппарата DST (autosuture)-21. После фиксации и соединения с головкой аппарата DST (autosuture)-21 выполнено формирование эзофагогастроанастомоза. Окно в желудке ушивали ручным способом. Затем для

определения целостности анастомоза проводили пробу с красителем. Минидоступ ушивали послойно. Затем вновь накладывали карбоксиперитонеум и осуществляли контрольную лапароскопию. Производили аспирацию трансудата и крови, осматривали область хирургического вмешательства, проверяли надежность гемостаза. Брюшную полость дренировали двумя дренажами, которые вводили в правом и левом подреберье через лапароторты.

Результаты и обсуждение

Длительность операции не превышала 300 мин. Объем кровопотери составил в среднем 250 мл. Во всех случаях послеоперационный период протекал без особенностей. Пациенты выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Исследование операционного материала в первом случае подтвердило диагноз рак желудка I стадии. Во втором и третьем случае для установления диагноза потребовалось проведение иммуногистохимического исследования. При этом у второго пациента диагностирована доброкачественная мезенхимальная опухоль, у третьего – лейомиома.

Таким образом лапароскопическая проксимальная резекция может с успехом применяться в лечении как злокачественных, так и доброкачественных опухолей желудка.

ИТОГИ РАБОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОБЛАСТНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В 2013 ГОДУ

А.В. Белоногов, В.Г. Лалетин

ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная медицинская академия постдипломного обучения» (г. Иркутск)
ГБОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

В Иркутской области на начало 2013 г. проживало 2 417 801 человек, проживает 79,6 % городских жителей и 20,4 % сельских. В г. Иркутске проживает 606 137 (25 %) человек. Для оказания эндоскопической помощи на территории области создано 81 эндоскопическое подразделение. Ввиду большой территории и неравномерности распределения населенных пунктов, особенности проживания и отдаленности некоторых населенных пунктов относительно центров, где осуществляется эндоскопическая помощь, остается ряд нерешенных проблем, они касаются доступности и качества медицинской помощи, оказания экстренной помощи и улучшения диагностики начальных стадий онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

По данным отчетов в 2013 г. выполнено 252 130 эндоскопических исследований, в 2012 – 233 257, в 2011 – 240 211, в 2010 – 177 228. Эндоскопическое исследование было выполнено каждому 9-му жителю Иркутской области, в то же время в 2012 г. каждому 11-му, отмечен рост выполнения исследований (табл. 1).

Таблица 1
Количество выполненных исследований
в 2010–2013 гг.

Количество эндоскопических исследований	2010	2011	2012	2013
	177 228	240 211	233 257	252 130

Всего выполнено из основных эндоскопических исследований в 2013 г. 132 736 гастроскопий (2012 – 126 083; 2011 – 147 180; 2010 – 138 409), 20 630 колоноскопий (2012 – 19 327; 2011 – 21 728; 2010 – 18 601), 18 126 бронхоскопий (2012 – 16 543; 2011 – 1 612; 2010 – 10 831) и т.д. (табл. 2).

Таблица 2
Основные виды эндоскопий, выполненные
в 2010–2013 гг.

Вид исследования	2010	2011	2012	2013
Гастроскопия	138 409	147 180	126 083	132 736
Колоноскопия	18 601	21 728	19 327	20 630
Бронхоскопия	10 831	1 612	16 543	18 126

В 2013 г. на учет в области раком желудка поставлено 819 больных (2012 – 706; 2011 – 726; 2010 – 679). За отчетный период у 176 выставлен диагноз – рак пищевода.

Всего на учет раком толстого кишечника поставлено в 2013 г. 752 больных, раком прямой кишки – 508.

На вооружении эндоскопической службы в отчетном году было 263 гастроскопа, 123 бронхоскопа, 112 колоноскопов.

Из имеющегося оборудования 58 (9,8 %) аппаратов подлежат списанию, более 52 (8,8 %) аппаратов требуют дорогостоящего ремонта.

В Иркутской области работает 135 врачей, выполняющих эндоскопические исследования (166 ставки), из них: высшую категорию имеют 48 (35,6 %), первую – 26 (19,3 %), вторую – 19 (14,1 %). Остальные специалисты представлены врачами других профессий, преимущественно это хирурги, совмещающие работу по эндоскопии в ЦРБ. Дополнительно представляем краткий отчет каждого подразделения эндоскопической службы, которая была разделена на областные и городские учреждения.

Область: Иркутская областная клиническая больница (ИОКБ). Всего в областной больнице работает 7 врачей-эндоскопистов (14 ставок). Работа осуществляется в 3 кабинетах эндоскопии. Всего за 2013 г. выполнено 26 398 эндоскопических исследований, в 2012 – 16 646, в 2011 – 21 676, в 2010 – 24 047. За прошедший год выполнено эзофагогастроудоденоскопий – 13 176, бронхоскопий – 6 355, колоноскопий – 1 833, ректосигмоидоскопий – 2 852. Учреждение занимает второе место по количеству выполняемых лечебно-диагностических исследований.

Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр. Работает в центре

10 специалистов (11 ставок). Высшую квалификационную категорию врача-эндоскописта имеют 8 (80 %) врачей отделения, из них 3 кандидата медицинских наук, первую и вторую категории имеют по одному специалисту.

Специалистами диагностического центра выполнено в 2013 г. 20 231 эндоскопическое исследование (2012 – 17 724; 2011 – 17 804; 2010 – 18 351), из них: в 2013 г. эзофагогастроудоденоскопий – 11 151, ректосигмоидоколоноскопий – 5 602, ультразвуковых эндоскопий – 598, трахеобронхоскопий – 239, ЭРХПГ с хирургическими вмешательствами – 349, из них литотрипсия с литоэкстракцией выполнялась у 192 больных, стентирование – у 127 по поводу онкологической патологии желчных протоков и поджелудочной железы. Учреждение стоит на третьем месте по количеству выполненных исследований.

Областной онкологический диспансер. Отделение эндоскопии с 2013 г. получило новые помещения и операционные в связи со сдачей в эксплуатацию поликлиники Областного онкологического диспансера. В отчетном году количество исследований и операций значительно увеличилось с 29 323 в 2012 до 35 987 в 2013 исследований и высокотехнологических операций. Отделение занимает первое место по количеству выполняемых эндоскопических исследований и операций.

Всего выполнено в 2013 г. 756 малоинвазивных и видеоассистированных операций. Из них торакоскопических выполнено 218 операций, лапароскопических – 538. Из новых технологий в прошедшем году была выполнена лапароскопическая проксимальная резекция желудка, а также операция Льюиса, которая состояла из двух этапов: лапароскопического формирования трансплантата из желудка и видеоторакоскопического формирования анастомоза в правой плевральной полости. Выполнялись лапароскопические гастрэктомии.

Во всех отделениях подготовлены бригады эндохирургов и ассистентов, которые выполняют различные операции по профилю. Все специалисты имеют смежные специальностями по эндоскопии и хирургии.

ГУЗ Иркутский областной противотуберкулезный диспансер. В диспансере работает один врач-эндоскопист первой категории (1,5 ставки). Эндоскопические кабинеты оснащены 6 бронхоскопами, двумя фиброгастроскопами.

Всего за 2013 г. выполнено 1 828 исследований (в 2012 – 1 785; в 2011 – 1 747), из них бронхоскопий диагностических – 1 292 (в 2012 – 1 311; в 2011 – 1 143).

В городе Иркутске проживает 606 тыс. человек на начало 2013 г., которые обслуживаются в 16 лечебных учреждениях, выполняющих эндоскопические исследования. Всего по городу имеется эндоскопических врачебных ставок – 28,25, среднего медицинского персонала – 28,25, младшего – 13,75. Врачебные и сестринские ставки

полностью укомплектованы. В Иркутске выполнено 46 595 эндоскопических исследований, в 2012 — 47 131 эндоскопическое исследование, в 2011 — 43 271 исследование, в среднем на одного врача-эндоскописта приходится 1 649 исследований в год.

Лидером из городских учреждений по количеству выполненных эндоскопий является больница № 1. Всего в больнице выполнено в 2011 г. — 16 488 исследований, в 2012 — 18 058, в отчетном — 19 662. В 2013 г. было выполнено 15 879 гастроскопий, количество колоноскопий составило 1 978, бронхоскопий — 1 525 и т.д.

Ивано-Матренинская городская детская клиническая больница. В 2013 г. работало 5 врачей-эндоскопистов (7,75 ставки). Отделение оснащено 8 гастроскопами, 2 колоноскопами, 5 бронхоскопами. За отчетный период выполнено 5 139 эндоскопических исследования, в 2012 — 5 994, в 2011 — 4 083 исследования, в 2010 — 4 245. Из них в 2013 г. выполнено гастроскопий — 2 996, колоноскопий — 74, бронхоскопий — 415.

Города области, Ангарск. Эндоскопическая служба Ангарского муниципального здравоохранения представлена эндоскопическими кабинетами в шести больницах города. Кроме того, в городе имеется ведомственное эндоскопическое отделение, которое обслуживает свое предприятие — МСЧ № 28.

Всего в городе Ангарске 19,5 ставки врача-эндоскописта, из них в БСМП занято 6,5 ставки в ГБ № 1 — 5,5, в ГДБ № 1 — 5, в МАНО «АДЦ» — 2. В учреждениях работает 21 врач-эндоскопист, из них 5 (23,8 %) с высшей категорией, первая — у 1 (4,8 %), вторая — у 1 специалиста, 12 (57,1 %) врачей категории не имеет.

Всего в больницах города Ангарска выполнено в 2010 г. — 29 903 эндоскопических исследований, в 2011 — 32 258, в 2012 — 32 109. В отчетном году выполнено 29 797 исследований, из них 16 741 гастроскопия, фибробронхоскопий — 2 444, колоноскопий — 1 674 и т.д.

В Ангарске на учет поставлены 36 больных раком желудка и 22 пациента раком толстого кишечника, рак пищевода обнаружен у 21 больного.

Усье-Сибирское. В городе выполнено 19 490 исследований, из них фиброгастроскопий — 16 697, колоноскопий — 1 118, бронхоскопий — 135 и прочие исследования.

В эндоскопической службе МЛПУ «Городской многопрофильной больнице» города Усье-Сибирское 6 кабинетов эндоскопии, 3,5 ставки врача-эндоскописта, работает 3 специалиста.

МЛПУ Белореченская участковая больница. К Усьскому району относится и Белореченская участковая больница и МЛПУ «Амбулатория п. Средний», в больнице один эндоскопический кабинет, занято 1,0 ставки врача-эндоскописта. Оснащение кабинета: 4 гастроскопа, 2 из них со 100% износом. Всего выполнено — 581 гастроскопия.

Братск. Эндоскопическая служба г. Братска представлена пятью лечебными учреждениями:

МУЗ ГБ № 1, МУЗ ГБ № 2, МУЗ ГБ № 3, МУЗ ГБ № 5, детской многопрофильной больницей. Всего во всех отделениях и кабинетах на балансе 53 эндоскопических аппарата, из них: эзофагогастроскопов — 27 (5 — дуоденоскопов), колоноскопов — 10, бронхоскопов — 11, ректоскопов — 6.

В отделениях города работает 10 врачей-эндоскопистов (16,75 ставок), из них с высшей категорией 6 (60 %), с первой — 1, второй — 2, без категории — 1 специалист. Выполняется 28 тыс. исследований.

Вихоревская ГБ. В Вихоревской городской больнице одна ставка врача-эндоскописта. На балансе 2 гастроскопа, бронхоскоп, колоноскоп. Всего выполнено 1038 исследований из них 914 гастроскопий и т.д.

Железногорск-Илимский, ОГБУЗ «ЖЦРБ». В 2013 г. работа выполнялась на одну ставку врача-эндоскописта. Кабинет оснащен современными эндоскопами: 2 гастроскопа, 2 бронхоскопа. Всего выполнено 2 661 исследование.

Зиминская ГБ (отчет в 2012 г. не представлен). В городской больнице одна ставка врача-эндоскописта, работает врач второй категории по эндоскопии. На балансе 4 гастроскопа, 1 бронхоскоп, 3 колоноскопа. Всего выполняется 1,5 тыс. исследований из них 1400 гастроскопий, другие исследования имеют единственный характер.

МЛУ Свирска (отчет в 2011 — 2012 г. не представлен). За 2010 г. в больнице эндоскопические исследования выполняются на 0,5 ставки врача-эндоскописта. Выполняет исследование врач смежной специальности. Отделение оснащено гастроскопом и бронхоскопом. Всего в 2010 г. выполнено 523 гастроскопии, невыполнение плана составляет 20 %.

Новоигирменская ГБ. В эндоскопическом кабинете выполняется до 600 исследований в год. Работает сертифицированный эндоскопист без категории. Другие сведения не предоставлены.

Тулунская ГБ. В городской больнице 3 эндоскопических кабинета (1,0 ставка). Кабинеты оснащены 4 гастроскопами (один из аппаратов получен в 2011 г.), 1 колоноскопом, имеется в наличии 2 ректоскопа. Эндоскопии выполняет врач-хирург (первой категории), имеет сертификат по эндоскопии и вторую категорию. Всего в 2011 г. выполнено 3 287 исследований, из них было 3 116 гастроскопий (в 2010 — 2 667), 147 (в 2010 — 110) ректоскопий, 24 (в 2010 — 20 колоноскопий). Объем нагрузки выполнен за год на 2,5 ставки.

Усть-Илимская ЦГБ. В больнице выполняется работа на 3 ставки врачами совместителями. Всего выполнено 2 755 гастроскопий, 89 колоноскопий, 96 бронхоскопий. На балансе 6 гастроскопов, 6 бронхоскопов и колоноскоп.

Черемхово. Эндоскопические исследования в г. Черемхово выполняются в трех лечебных учреждениях — в МЛУ больница № 1, в больнице № 2 и в детской городской больнице. Всего в городе занято 8,25 ставки врача-эндоскописта, работает 6 специалистов. Только два врача имеют вторую

категорию. На балансе городских учреждений 11 гастроскопов, 3 бронхоскопа, 3 колоноскопа. Всего лечебными учреждениями выполнено 7 265 исследований, из них: гастроскопий — 5 780, колоноскопий — 577.

Саянская ГБ. Саянская городская больница первой категории, в эндоскопических кабинетах работает 3 врача-эндоскописта (3 ставки), один врач имеет первую квалификационную категорию. Отделение оснащено 3 гастроскопами, 3 бронхоскопами, колоноскопом. Всего за год выполнено 5 609 исследований, в 2012 г. — 3 208 эндоскопий, в 2010 — 4 210, из них гастроскопий в 2013 — 4 089, бронхоскопий — 471, колоноскопий — 666.

Не сданы отчеты: Областная больница № 2, Областная детская клиническая больница, Областная инфекционная больница, ГБ Железногорска, ГБ г. Зима, МЛУ Свирска, ГБ Новоигирма, МСЧ г. Байкальск, МУЗ МСЧ Слюдянского района, МУЗ Тайшетская, МУЗ Тулун, МУЗ Усть-Илимская центральная городская больница, МУЗ Рудногорская городская больница, учреждения г. Усолье-Сибирское, учреждения г. Братска и района, учреждения г. Черемхово.

Шелеховская ЦРБ. В 2013 г. в ЦРБ работа выполнялась 3 врачами-эндоскопистами. Все врачи имеют сертификаты по эндоскопии (3 ставки). Один врач имеет высшую категорию, один первую. Оснащены кабинеты 8 гастроскопами, 2 колоноскопами и 1 бронхоскопом. Всего выполнено в 2013 г. 4 665 эндоскопий: гастроскопий — 4 148, колоноскопий — 462, бронхоскопий — 55.

Не сдали отчеты: Ангарская ЦРБ, Балаганская ЦРБ, Братская ЦРБ, ЦРБ Бодайбо, Железногорская ЦРБ, Заларинская ЦРБ, Казаченско-Ленская ЦРБ, Качутская ЦРБ, ЦРБ п. Мама, Ольхонская ЦРБ, Усть-Кутская ЦРБ, Чунская ЦРБ и т.д.

Анализируя деятельность эндоскопической службы нужно отметить, что в центральных районных больницах Иркутской области количество эндоскопических исследований незначительное, они выполняются только по экстренным и клиническим показаниям. Эндоскопические исследования выполняются преимущественно хирургами и совместителями из других специальностей. Все пациенты при подозрении на патологию, диагностируемую эндоскопическим путем преимущественно направляются в городские и областные центры. Отсутствие морфологической службы в отдаленных районах приводит к длительному исследованию гистологического материала, удлинняет сроки постановки диагноза и затягиваются сроки лечения. Основная нагрузка оказания квалифицированной эндоскопической помощи ложится на крупные районные центры и города. Необходимо отметить, что некоторые лечебные учреждения ежегодно не подают сведения по работе эндоскопической службы. При подтверждении или получении категории аттестационная комиссия это будет учитывать.

ИТОГИ РАБОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ИРКУТСКА В 2013 ГОДУ

А.В. Белоногов, В.Г. Лалетин, Н.А. Мутин, С.Ю. Павлова

ГБОУ ДПО «Иркутская Государственная медицинская академия постдипломного обучения» (г. Иркутск)
ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Одной из задач эндоскопической службы остается диагностика предрака и злокачественных новообразований, т. к. г. Иркутск относится к территориям повышенного риска.

Анализ работы эндоскопической службы города имеет значение для определения потребностей и повышения качества обслуживания населения, а также для разработки комплекса мер по оказанию диагностической и лечебной помощи.

Население г. Иркутска в 2013 г. насчитывалось 606 137 человек — это пятый по величине город Сибири.

Населению г. Иркутска выполняются эндоскопические исследования в 14 лечебных учреждениях. Всего по городу имеется: эндоскопических врачебных ставок — 28,25; среднего медицинского персонала — 28,25; младшего — 13,75. Врачебные и сестринские ставки полностью укомплектованы.

Материально-техническая база и штаты поликлиник: № 1, № 12, № 8, № 10 объединены с МАУЗ кл. б-ми: № 1, № 8, № 10. Штатное расписание во всех лечебных учреждениях осталось без изменений, кроме МАУЗ кл. б-цы № 1, где были добавлены врачебные (1,25), сестринские (1,25) и санитарские (4) ставки, что связано с большим объемом работ, выполненных за предыдущий год.

За 2013 г. в Иркутске выполнено 46 595 эндоскопических исследований, в среднем на одного врача-эндоскописта приходится 1 941 исследование в год. Эндоскопическое исследование выполнялось каждому 13 жителю города.

В двух лечебных учреждениях: МУЗ поликлинике № 4, № 6 эндоскопические исследования не проводятся в течении трех лет, в связи со списанием эндоскопического оборудования и отсутствия площадей для проведения исследований.

В семи лечебных учреждениях работают врачи-эндоскописты постоянно, в остальных кабинетах — врачи-совместители.

Из 24 врачей в эндоскопических отделениях и кабинетах города работает один доктор медицинских наук, 11 (46 %) врачей с высшей квалификационной категорией, 3 (12,5 %) врача с 1-ой и 3 (12,5 %) врача — со второй, не имеют категории — 6 (25 %) врачей. Все врачи имеют действующий сертификат по эндоскопии.

В четырнадцати учреждениях работают 29 медицинских сестер из них: 5 (17,2 %) имеют высшую категорию; первую — 4 (13,8 %); вторую — 3 (10,3 %); не имеют категории — 17 (58,6 %). Все медицинские сестры, работающие в эндоскопических кабинетах

и отделениях, прошли сертификационных циклы и имеют сертификаты.

Что касается материальной базы, в настоящее время практически все эндоскопические кабинеты и отделения лечебных учреждений города, кроме МУЗ пол-к № 4, № 6, выполняющие плановые и экстренные исследования, имеют помещения, соответствующие санитарным нормам, согласно требованию приказа МЗ РФ № 222 от 31.05.96 г. и последним постановлением Главного санитарного врача РФ от 3 апреля 2003 г. № 30 «О введении Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1275-03, для проведения эндоскопических исследований».

Следует отметить, что в ряде эндоскопических кабинетов нет приточно-вытяжной вентиляции, нет соответствующих площадей и необходимого числа кабинетов, нет шкафов для хранения уже обработанных аппаратов.

В МАУЗ больницах № 1, № 8, № 10 выполняется три вида исследований (ФГДС, ФБС, ФКС). Экстренная ФБС выполняется в ПИТиР, а плановая в кабинете ЭГДС, что разрешено МЗ РФ соответствующими постановлениями и приказами.

Исследования пациентам в МУЗ поликлиниках № 4, № 6 из-за отсутствия площадей и оборудования проводятся на базах эндоскопического отдела ИОДЦ по выделяемым на квартал квотам и платно в других лечебных учреждениях. Практически все лечебные учреждения, кроме МУЗ больницы № 10, МСЧ ИАПО, осуществляющие эндоскопическую помощь, нуждаются в обновлении парка эндоскопов, так как большинство из них выработали свой рабочий ресурс и их дальнейший ремонт нерентабелен.

В лечебных учреждениях — поликлиниках № 9 и № 15 нет достаточного количества аппаратов и инструментария, что привело к тому, что за 2013 г. не выполнен объем работы согласно плану и штатному расписанию.

При имеющемся оборудовании часть эндоскопических кабинетов больниц № 1, № 3, № 8, № 10 и МСЧ ИАПО выполняют основные виды исследований: ЭГДС, ФКС, ФБС, как плановые, так и экстренные диагностические и лечебные манипуляции. Кроме того, только эндоскопическое отделение больницы № 1 из МАУЗ города выполняет ЭРПХГ, ЭПСТ, Эндо-УЗИ и осуществляет остановки кровотечений различной этиологии и локализации, а также проводит профилактику рецидива кровотечений. В МАУЗ кл. больнице № 1 осуществляются круглосуточные дежурств в течение семи дней в неделю.

Всего в этой больнице выполнено в 2012 г. — 18 058 исследований (в отчетном — 19 662) — на 1 604 исследования больше. В 2013 г. было выполнено 15 879 фиброгастродуоденоскопий (в 2012 г. — 14 659), количество фиброколоноскопий не претерпело существенных изменений — 1978 (в 2012 г. — 1 833), фибробронхоскопий проведено 1 228 (в 2012 г. — 1 617).

Эндоскопических исследований по экстренным показаниям выполнено 11 774 (25 %).

Взят материал на биопсию у 17 700 (37,9 %) пациентов и цитологическое исследование у 17 235 (36,9 %).

В целом за 2013 г. число эндоскопических исследований по городу возросло на 3 324 исследования, по сравнению с 2011 г. (43 271). Наряду с этим отмечается значительное увеличение количества взятия биопсийного материала для морфологической верификации диагноза, определения наличия *Helicobacter pylori* (HP) в некоторых лечебных учреждениях (МАУЗ Клинической больницы № 1, № 3, № 6, № 8, № 10, МСЧ АИПО, Госпиталя ВВ, МУЗ поликлиниках № 11, 17), что говорит о качестве проведенных исследований, процент взятия биопсия увеличился и составляет от 20 до 74,95 %.

На учет в 2013 г. поставлено 152 пациента раком желудка, рак пищевода обнаружен у 29 больных.

Рак ободочной кишки обнаружен у 159 больных, рак прямой кишки — у 93.

Довольно большое количество больных в городе выявлено и поставлено на учет раком легкого — 241.

Основное количество исследований выполняется в МАУЗ Клинической больнице № 1 — 19 662 (42,2 % от общего числа исследований) из них 6 882 — экстренные.

На втором месте по количеству выполненных исследований находится МУЗ поликлиника № 8 — 6 874 (из них 1 176 экстренных), далее идут МСЧ ИАПО — 5 438 (299 экстренных) исследований, МУЗ ГБ № 3 — 3 240 (1 777 экстренных) и МУЗГБ № 10 — 3 194 (301 экстренное) исследований.

В г. Иркутске 83 аппарата для выполнения гастроскопии, небольшое число колоноскопов — 17, бронхоскопов — только 16. Требуется ремонта 19 (22,9 %) аппаратов, списания — 28 (33,7 %).

Учитывая сложившуюся ситуацию по эндоскопической службе г. Иркутска, необходимо обратить внимание:

1. Практически все оснащение для гибкой внутрипросветной эндоскопии является импортным, приемлемых аналогов отечественного производства практически нет. При относительно более низкой стоимости по сравнению с такими приборами, как ультразвуковые сканеры, и тем более рентгеновские и магнитно-резонансные компьютерные томографы, эндоскопы значительно менее долговечны, так как являются оптико-механическими устройствами, эксплуатируемыми и обрабатываемыми в агрессивных средах, подвергающимся постоянным, порой значительным механическим нагрузкам. Предельная нагрузка эксплуатации эндоскопа до капитального ремонта или списания составляет от 3-х до 5-ти тысяч исследований, в зависимости от типа прибора, при этом, как правило, за это время требуется еще до 3-х мелких или средних ремонтов. Предельная длительность эксплуатации гибких эндоскопов 7 — 8 лет, т. к. после этого начинается старение пластиковых и резиновых оболочек и уплотнителей.

2. Кроме эндоскопов требуется значительное количество инструментария и дополнительного оборудования для обслуживания и проведения различных лечебных и диагностических манипуляций. Это делает необходимым постоянное пополнение парка эндоскопов и дополнительного оборудования, взамен выходящего из строя, а так же плановое профилактическое обслуживание, мелкий и капитальный ремонт эндоскопов в специализированных фирменных центрах и ежегодное финансирование подобных затрат.

3. Практически все лечебные учреждения имеют острую необходимость в приобретении нового оборудования, аппаратов, инструментария, для того, чтобы хотя бы сохранить объем оказываемой эндоскопической помощи. Оборудование должно иметь цифровую информационную систему записи исследования, которая позволит передавать информацию другим специалистам для планирования дальнейшего лечения и позволит снизить количество повторных необоснованных процедур.

4. При проведении эндоскопических исследований обязательным является морфологическая верификация выставяемого диагноза, степень обсемененности слизистой *Helicobacter pylori*. Во многих лечебных учреждениях (МАУЗ клинической больницы № 1, МУЗ ГБ № 5, МУЗ поликлинике № 2, МУЗ МСЧ поликлинике № 2, МУЗ поликлинике № 15) все еще крайне низкий процент взятия биопсий (менее 10 %). Это связано с отсутствием морфологов в этих лечебных учреждениях.

Нужно отметить, что хорошо проводится лечебно-диагностическая работа в МУЗ клинических больницах № 1, № 3, № 8, № 10, МСЧ ИАПО. В этих клиниках внедряются новые диагностические и малоинвазивные лечебные технологии. В МУЗ клинической больницы № 1 выполняются ЭРПХГ, Эндо-УЗИ, различные виды эндоскопической остановки кровотечений при в ЖКТ с применением клипс, наложение латексных колец при ВРВП, осложненном кровотечением.

МСЧ ИАПО, МУЗ клинические больницы № 3, № 8, № 10 являются крупными многопрофильными лечебными учреждениями, которые курируются кафедрами ИГМУ, ИГМАПО, но и они не до конца используют свой потенциал. Согласно профилю больницы здесь могли бы шире использоваться методы эндохирургии, что позволило бы значительно улучшить оказание медицинской помощи населению города и уменьшить затраты на лечение больных.

Основной задачей эндоскопических кабинетов по-прежнему остается своевременная диагностика ранних форм рака желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей, которая осуществляется современными эндоскопическими технологиями — увеличительной эндоскопией, хромоскопией, флюоресцентной эндоскопией и массовым скринингом диспансерных групп больных. Возможно для более качественной работы в ближайшем будущем необходимо создание городского эндоскопического центра на базе крупного городского учреждения, которое могло отвечать современным требованиям.

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ АТЕНЗИОННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНОГО С УЩЕМЛЕННОЙ ГИГАНТСКОЙ П/О ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

М.А. Боковиков, А.Е. Костогрызов,
Д.Н. Маханёк, А.П. Сафьянников

ОГАУЗ «Ангарская городская больница № 1»
(г. Ангарск)

Послеоперационные вентральные грыжи являются наиболее сложным разделом герниологии, что отражается в большом проценте рецидивов (до 50 %), несмотря на постоянное совершенствование техники выполнения операций (Базанов К.В., 2000). В последнее время натяжная пластика местными тканями уступила свои позиции современным технологиям, основанным на применении синтетических эндопротезов для закрытия дефектов брюшной стенки (Бабурин А.Б., Паршиков В.В., Градусов В.П. и др., 2010). Использование сетки (эндопротеза) позволило решить ряд проблем, выполнить пластику без натяжения тканей и повышения внутрибрюшного давления, предупредить определенные локальные и системные осложнения (Клише У., Конце И., Ануров М., 2002). Применение ненатяжной пластики активно внедряется в неотложную хирургию (Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К., 2003). В отечественных реалиях хирургу обычно доступны полипропиленовые сетки разных производителей, что не позволяет до конца решить проблему закрытия обширного дефекта апоневроза способами on-lay или sub-lay при больших и гигантских грыжах в ургентных ситуациях, т. к. восстановление целостности брюшинного покрова часто не представляется возможным (Романов Р.В., Паршиков В.В., Градусов В.П. и др., 2008). Эти пациенты, как правило, имеют высокий операционный риск, в ряде случаев тяжелую соматическую патологию. По мнению ряда герниологов, одним из самых надежных способов в такой ситуации является интраперитонеальная пластика (ПРОМ) (Иоффе А.Ю., Захараш М.П., Абу-Шамсия Р., 2009; Дудельзон В.А., Паршиков В.В., Ротков А.И., 2010). К сожалению, использование столь простого и эффективного решения ограничивают отрицательные стороны контакта сетки с органами брюшной полости, особенно актуальны они у больных со спаечной болезнью (Гогия Б.Ш., Адамьян А.А., Аляутдинов Р.Р., 2008; Лядов В.К., 2009). Клиническую эффективность и экономическую целесообразность применения композитных сеток для интраабдоминальной пластики еще предстоит подтвердить, в том числе и перед менеджментом лечебных учреждений.

Интерес представляет клиническое наблюдение. Пациентка М. 72 лет поступила в хирургическое отделение через 48 часов с начала заболевания с манифестной клиникой кишечной непроходимости. Заболевание связывала с нарушением диеты,

а позднее обращение с попыткой самолечения. В течение 30 лет является грыженосителем (лапаротомия по поводу холецистэктомии), страдает сахарным диабетом в течение более 10 лет (гликемия натощак 8 – 12 ммоль/л, инсулинотерапия суммарно 36 ед. в сутки), артериальной гипертензией 3 степени (АД до 140/80 – 160/90 с медикаментозной коррекцией за время госпитализации), ожирением 3 степени (рост 169 см, вес 115 кг, ИМТ = 40,26), деформирующим остеоартрозом обоих тазобедренных суставов 3 степени, варикозной болезнью обеих нижних конечностей. Инвалид 3 группы. Предоперационная подготовка в АРО.

На срочной операции грыжевой мешок 35 × 40 см, содержит несколько спаянных между собой петель кишечника, являющихся причиной кишечной непроходимости. В брюшной полости выраженный спаечный процесс. Выполнен тотальный висцеролиз. Дефект передней брюшной стенки до 20 см, ушивание местными тканями невозможно. Выполнена интраабдоминальная атензионная герниопластика с использованием композитного материала Реперен, фиксация непрерывным швом, дренирование передней брюшной стенки по Редону. Длительность операции 2 часа 20 минут. Лечение в АРО в течение 3 суток, с третьих суток – энтеральное питание. В послеоперационном периоде проводилась рутинная антибактериальная терапия, инсулинотерапия. Экссудация из послеоперационной раны, в объеме до 100 мл в сутки, купировалась к 6-м суткам послеоперационного периода, кожные швы сняты на 11-е сутки. Больная выписана с выздоровлением, была повторно осмотрена через 2 месяца после операции. Жалоб на боли в брюшной полости, области оперативного вмешательства не предъявляет, диету практически не соблюдает. При ультразвуковом контроле дефектов передней брюшной стенки не выявлено.

Таким образом, применение атензионной интраабдоминальной герниопластики у больного с тяжелой сопутствующей патологией в ургентной ситуации позволило минимизировать риск послеоперационных осложнений. Эндопротезы Реперен с памятью формы отечественного производства удобны в практическом применении, а наличие запаса эндопротезов различных размеров в лечебном учреждении является необходимым залогом успешного лечения этой непростой когорты пациентов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*А.И. Брегель, А.М. Хантаков, Н.А. Мутин,
В.М. Данчинов*

ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница
№ 1» (г. Иркутск)
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный
медицинский университет» (г. Иркутск)

Цель исследования — продемонстрировать возможности эндоскопической диагностики

острой опухолевой толстокишечной непроходимости.

Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики острой опухолевой толстокишечной непроходимости (ОТКН) во время экстренной колоноскопии. За анализируемый период времени в отделении было выполнено 12 480 колоноскопий, в том числе 1 410 (11,30 %) исследований по экстренным показаниям.

Неотложная колоноскопия выполняется круглосуточно. Острая опухолевая толстокишечная непроходимость при колоноскопии была диагностирована у 198 больных, или в 14,04 % всех экстренных колоноскопий. Еще у 41 больного во время колоноскопии была исключена острая толстокишечная непроходимость.

В 97 (48,99 %) случаях больные были направлены на колоноскопию с подозрением на ОТКН, в 57 (28,79 %) — на рак толстой кишки и у 44 (22,22 %) больных предполагался другой диагноз.

Мужчин было 80 (40,40 %), женщин — 118 (59,60 %). По возрасту больные распределились следующим образом. До 50 лет было 10 (5,05 %) больных, в возрасте 50 – 59 лет — 32 (16,16 %) больных, 60 – 69 лет — 49 (24,75 %), 70 – 79 лет — 75 (37,88 %) и старше 80 лет было 32 (16,16 %) больных.

Инфильтративная форма рака диагностирована у 40 (20,20 %) больных, инфильтративно-язвенная — у 23 (11,62 %), полиповидная — у 9 (4,55 %), смешанная — у 23 (11,62 %) больных и у 100 (50,51 %) больных при колоноскопии констатирована кишечная непроходимость ракового генеза без уточнения характера роста опухоли. У 1 (0,56 %) больного при колоноскопии было высказано предположение о наличии папиллярной аденомы, вызвавшей ОТКН, однако при микроскопическом исследовании биоптата был обнаружен рак толстой кишки.

Неотложная колоноскопия при ОТКН имеет свои организационные и технические особенности проведения исследования. Необходимость проведения эндоскопии в кратчайшие сроки после поступления больного в клинику и сам характер заболевания не позволяют полноценно подготовить кишечник к исследованию. Очистка просвета толстой кишки от содержимого вынужденно ограничена только постановкой очистительных клизм. В связи с этим, осмотр органа мы проводим несмотря на наличие содержимого в просвете кишки. Состояние больных в большинстве случаев оценивается как средней тяжести или тяжелое. У большинства больных, особенно пожилого и старческого возраста, имеется ряд тяжелых сопутствующих заболеваний, усложняющих проведение исследования. Неотложные колоноскопии в основном проводятся под наркозом или на фоне общей седации.

Опухолевый процесс, вызвавший ОТКН, был обнаружен во всех отделах толстой кишки, однако частота поражения различных отделов кишки была различна. Чаще — у 94 (47,47 %) больных — опухоль располагалась в сигмовидной кишке и

еще у 23 (11,62 %) — в ректосигмоидном отделе, у 20 (10,10 %) больных — в прямой кишке, у 15 (7,58 %) — в области селезеночного угла, у 12 (6,06 %) — в нисходящем отделе ободочной кишки, у 12 (6,06 %) больных в области печеночного изгиба, у 9 (4,55 %) — в поперечно-ободочной кишке, у 8 (4,04 %) — в восходящем отделе, у 4 (2,02 %) — в слепой кишке и у 1 (0,51 %) больного в области Баугиниевой за-слонки.

При гистологическом исследовании биоптатов опухоли чаще диагностировались высокодифференцированная (29,22 %), умереннодифференцированная (25,32 %) и низкодифференцированная (19,48 %) аденокарцинома. Реже встречались другие формы опухоли: темноклеточная аденокарцинома (14,94 %), перстневидноклеточный рак (2,60 %), рак *in situ* (1,95 %), недифференцированная (1,30 %), слизеобразующая (1,30 %), ворсинчатая (1,30 %) аденокарцинома, плоскоклеточный (1,30 %) и многоклеточный (0,65 %) рак.

При сопоставлении гистологического строения опухоли с ее расположением в толстой кишке были выявлены некоторые особенности. Так, при расположении опухоли в области селезеночного угла чаще имелась умеренно дифференцированная (в 38,46 %) или низкодифференцированная (в 23,07 %) аденокарцинома. В нисходящем отделе ободочной кишки у 36,36 % больных была обнаружена высокодифференцированная и у 27,27 % темноклеточная аденокарцинома, в сигмовидной кишке у 20,13 % больных диагностирована высокодифференцированная аденокарцинома.

Помимо кишечной непроходимости у 29 (14,65 %) больных опухоль толстой кишки была осложнена: у 14 (7,07 %) пациентов кровотечением, у 9 (4,55 %) — некрозом и у 6 (3,03 %) больных — перфорацией стенки. Все осложнения были диагностированы во время проведения колоноскопии.

Осложнений, связанных с проведением самой неотложной колоноскопии в анализируемой группе больных мы не наблюдали.

Таким образом, неотложная колоноскопия позволяет в достаточно сжатые сроки установить или отвергнуть опухолевый генез острой толстокишечной непроходимости, взять биопсийный материал для морфологической верификации диагноза и избрать рациональную лечебную тактику.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

А.И. Брегель, В.В. Евтушенко, А.А. Алексеев, В.В. Андреев

ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1» (г. Иркутск)

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Цель исследования — показать возможности неотложной эндоскопии при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы

Непосредственные результаты лечения больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка остаются неудовлетворительными. Основной причиной летальных исходов от кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта являются варикозно расширенные вены. Число больных с этим заболеванием с каждым годом продолжает увеличиваться.

Представлены результаты эндоскопической диагностики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка за один только год у 77 больных, что составило 26,55 % от всех 290 больных с варикозным расширением подслизистых вен пищевода и желудка, диагностированным при эндоскопии за этот период времени. У 73 больных были проанализированы истории болезни и у 4 — только протоколы эндоскопических исследований. Мужчин было 38 (49,35 %), женщин — 39 (50,65 %). По возрасту больные распределились следующим образом. До 30 лет было 3 (3,90 %) больных, 30 — 39 лет — 11 (14,29 %) больных, 40 — 49 лет — 17 (22,08 %) больных, 50 — 59 лет — 32 (41,56 %), 60 — 69 лет — 7 (9,09 %) больных, и старше 70 лет было 7 (9,09 %) больных.

72,60 % больных поступили в клинику в первые сутки от начала кровотечения. Длительность кровотечения до поступления в клинику составила до 2 часов у 6 (8,22 %) больных, от 2 до 6 часов — у 14 (19,18 %), от 6 до 12 — у 16 (21,92 %), от 12 до 24 часов — у 17 (23,29 %), более суток — у 18 (24,66 %) больных и у 2 (2,74 %) давность кровотечения не удалось установить.

У большинства больных при поступлении в стационар были признаки острой постгеморрагической анемии. У 45,21 % была 1 степень тяжести кровопотери, у 28,77 % — вторая, у 6,85 % — третья и у 2,11 % — четвертая степень тяжести кровопотери.

13 (17,81 %) больных отмечали боли в эпигастрии, 5 (6,85 %) — в верхней половине живота, 7 (9,59 %) — в правом подреберье и 3 (4,11 %) — боли внизу живота.

У 10 (13,70 %) больных была тошнота, у 49 (67,12 %) — рвота кровью, у 3 (4,11 %) — «кофейной гущей», у 21 (28,77 %) — мелена, у 13 (17,81 %) — головокружение и у 34 (46,58 %) больных — слабость. У 26 (35,66 %) больных систолическое артериальное давление было ниже 90 мм рт.ст.

Неотложные эзофагогастродуоденоскопии проводим круглосуточно. 74 (96,10 %) больных были обследованы в первые 3 часа после их поступления в стационар. У 3 больных кровотечение возникло во время пребывания их в стационаре по поводу других заболеваний.

Полученные результаты

При направлении на эндоскопию диагноз кровотечения из варикозно-расширенных вен предполагался только у 27 (35,06 %) больных, еще у 15 (19,48 %) был выставлен диагноз цирроза печени. У остальных 35 (45,45 %) больных предполагался либо ошибочный, либо синдромальный диагноз острого желудочно-кишечного кровотечения.

При эндоскопии варикозно-расширенные вены пролабировали в просвет пищевода и кардиального отдела желудка, деформируя их просвет. Слизистая над расширенными венами была истончена, примерно у половины больных отмечены отек и гиперемия. Розетка кардии была плотно сомкнута за счет варикозных улов. Проведение исследования у таких больных требовало особой осторожности из-за реальной угрозы травмы стенки экстазированных вен и слизистой оболочки, покрывающей варикозные узлы.

Локализация варикозно-расширенных вен связана со степенью портальной гипертензии и длительностью заболевания. Наиболее выраженное расширение подслизистых вен имело место в области кардиального жома и нижней трети пищевода, постепенно уменьшаясь в проксимальном направлении.

У большинства больных был магистральный тип и третья степень расширения вен. У 30 (38,96 %) больных на момент проведения эндоскопии кровотечение продолжалось.

Причиной портальной гипертензии с варикозным расширением подслизистых вен, осложненным кровотечением у 95,89 % больных, явился цирроз печени. Вирусная причина развития цирроза печени была у 21,92 % больных, алкогольный цирроз диагностирован у 46,58 % больных, у 21,92 % больных был смешанный цирроз, у 7,51 % была иная причина цирроза и у 4,11 % больных имелась другая причина портальной гипертензии.

Для гемостаза при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии использовался зонд Блекмора.

Кровотечение рецидивировало от 1 до 4 раз у 26 (33,77 %) больных. Летальность составила 36,99 % и была выше при рецидивирующем кровотечении.

Выводы

Большинство больных (72,60 %) поступают в стационар в первые сутки от начала кровотечения.

У большинства больных при поступлении имеется острая постгеморрагическая анемия.

Основной причиной портальной гипертензии (95,89 %) является цирроз печени различного генеза.

До проведения эндоскопии истинную причину кровотечения удается установить только у 54,54 % больных.

Рецидив кровотечения за время пребывания в стационаре возникает у 33,77 % больных.

Летальность от кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка достигает 36,99 % и возрастает у больных с рецидивирующим кровотечением.

Неотложная эзофагогастроскопия позволяет в кратчайшие сроки установить причину, локализацию и интенсивность кровотечения, характер, степень и распространенность варикозного расширения подслизистых вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией различного генеза.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МАЛЛОРИ-ВЕЙССА

А.И. Брегель, В.В. Евтушенко, А.М. Хантаков, Н.А. Мутин, Е.Г. Дертышников

ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1» (г. Иркутск)

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Цель исследования — показать возможности эндоскопической диагностики и лечения синдрома Маллори-Вейсса.

Материал и методы

Представлены результаты эндоскопической диагностики и лечения синдрома Маллори-Вейсса у 486 больных за 6 лет, в том числе у 108 больных по историям болезни и у 378 — по протоколам эндоскопических исследований.

Мужчин было 365 (75,10 %), женщин — 121 (24,90 %). По возрасту больные распределились следующим образом: до 30 лет было 87 (17,90 %) больных, в возрасте 30–39 лет — 86 (17,70 %), 40–49 лет — 109 (22,43 %), 50–59 лет — 97 (19,96 %) больных, 60–69 лет — 44 (9,05 %), 70–79 лет — 37 (7,61 %) и старше 80 лет было 26 (5,35 %) больных.

Лечебная эндоскопия была проведена 242 (49,79 %) больным. У 134 (27,57 %) больных она была направлена на остановку продолжающегося во время исследования кровотечения и у 108 (22,22 %) — на профилактику его рецидива.

Показанием к неотложной эндоскопии считаем подозрение на кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта. Подготовка к исследованию включала стандартную премедикацию и промывание желудка холодной водой.

У подавляющего большинства больных эндоскопическое исследование было выполнено в первые 2 часа их пребывания в клинике, и у всех больных — в первые 6 часов после поступления в больницу.

Несмотря на широкое распространение синдрома Маллори-Вейсса, как причины кровотечения, на эндоскопическое исследование ни один больной не был направлен с подозрением на истинную причину геморрагии, а подавляющее число больных — 445 (91,56 %) направлялись с синдромальным диагнозом «острого желудочно-кишечного кровотечения».

Полученные результаты

У 471 (96,91 %) больного разрывы слизистой оболочки локализовались только в нижней трети пищевода и у 15 (3,09 %) распространялись на кардиальный отдел желудка.

Размеры разрывов слизистой, явившихся источником кровотечения, составили у 19 (3,91 %) больных менее 0,5 см, у 118 (24,28 %) больных — 0,5–0,9 см, у 182 (37,45 %) — 1,0–1,4 см, у 110 (22,63 %) больных — 1,5–1,9 см, у 41 (8,44 %) — 2,0–2,4 см, у 8 (1,65 %) больных дефект слизистой составлял 2,5–2,9 см и у 5 (1,03 %) больных превышал 3 см. В 3 (0,62 %) случаях определить

размер дефекта слизистой во время исследования не представлялось возможным.

У 371 (76,34 %) больного разрывы слизистой были одиночными и у 115 (23,66 %) — множественными.

Разрывы слизистой оболочки чаще — у 151 (31,07 %) больного — располагались на правой стенке пищевода и кардии, у 73 (15,02 %) больных — на левой, у 74 (15,23 %) — на передней и у 73 (15,02 %) больных — на задней стенке. В 115 (23,66 %) случаях при множественных разрывах слизистой они локализовались на разных стенках пищевода и кардии.

Интенсивность кровотечения была различной. Мы использовали общепринятую классификацию по Forrest (F). В соответствии с этой классификацией кровотечение, продолжающееся в момент осмотра констатировано у 134 (27,57 %) больных. У 3 (0,62 %) больных кровотечение соответствовало F1a, у 131 (26,95 %) больного — F1b. У 352 (72,43 %) больных кровотечение во время эндоскопии было остановившемся. У 14 (2,88 %) больных оно было оценено как F2a, у 225 (46,30 %) — как F2b, у 105 (21,60 %) — F2c и у 8 (1,65 %) больных — как F3.

Сопутствующая патология пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки была обнаружена у большинства больных. Чаще встречались скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — у 80 (16,46 %) больных, эрозивный эзофагит — у 51 (10,49 %), острые эрозии желудка — у 31 (6,38 %), рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки — у 29 (5,97 %) и атрофический гастрит — у 23 (4,73 %) больных. Анемизация слизистой была отмечена у 101 (20,78 %) больного.

Для остановки кровотечения и профилактики его рецидива применялись различные методы эндоскопического лечения. Чаще (у 123 больных) применялись аргоноплазменная коагуляция, у 19 больных она сочеталась с инъекцией раствора адреналина и у 1 — с наложением клипсы. При анализе историй болезни рецидив кровотечения после лечебной эндоскопии возник у 13 больных. У 12 из них комплексная гемостатическая терапия, включая повторную лечебную эндоскопию, позволила остановить кровотечение. Оперирован один больной. Летальных исходов не было.

Заключение

Неотложная эндоскопия является достоверным методом диагностики синдрома Маллори-Вейсса, позволяет определить точную локализацию разрывов слизистой, их количество и размеры, наличие сопутствующих заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Во время эзофагостроскопии устанавливается интенсивность кровотечения и вероятность его рецидива, что позволяет своевременно определить целесообразность и при необходимости проведения лечебной эндоскопии.

При проведении лечебной эндоскопии при синдроме Маллори-Вейсса подтверждена ее высокая эффективность. Лечебная эндоскопия в сочетании с традиционной консервативной терапией позволила у 100 % больных добиться первичного и у 98,9 % больных окончательного гемостаза.

ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.И. Брегель, В.В. Евтушенко, А.М. Хантаков, В.В. Андреев

ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1» (г. Иркутск)
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

Цель исследования — продемонстрировать возможности эндоскопической диагностики и лечения при кровотечении из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал и методы

Проанализированы результаты эндоскопической диагностики и лечения кровотечений из острых язв желудка и ДПК за шесть лет у 501 больного, в том числе у 285 больных по историям болезни и у 216 — по протоколам эндоскопических исследований.

Мужчин было 299 (59,68 %), женщин — 202 (40,32 %). По возрасту больные распределились следующим образом: до 30 лет было 49 (9,78 %) больных, в возрасте 30 — 39 лет — 49 (9,78 %), 40 — 49 лет — 79 (15,77 %), 50 — 59 лет — 102 (20,36 %) больных, 60 — 69 лет — 88 (17,56 %), 70 — 79 лет — 80 (15,79 %) и старше 80 лет было 54 (10,78 %) больных.

Экстренное эндоскопическое исследование проводим круглосуточно при поступлении больного с подозрением на острое кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). 394 (78,64 %) больных были направлены на эндоскопическое исследование с синдромальным диагнозом острого желудочно-кишечного кровотечения, 25 (4,99 %) — с кровотечением язвенной этиологии и 82 (16,37 %) — с другим диагнозом.

Боли в эпигастрии отмечены у 46,32 % больных, у 17,54 % боли локализовались в верхней половине живота и у 2,11 % — в правом подреберье. У 34,04 % больных болевых ощущений не было. У 31,93 % больных отмечена бледность кожных покровов, у 54,04 % больных — слабость, у 26,32 % — головокружение, у 45,26 % больных имелась тошнота, у 32,98 % была рвота кровью или у 32,28 % — «кофейной гущей». Мелена имела место у 36,49 % больных. Нарушение сознания отмечено у 8,07 % больных.

Важное значение мы придаем срокам проведения неотложной эндоскопии у этой категории больных. Эндоскопическое исследование проводим круглосуточно. У подавляющего большинства больных эндоскопия была проведена в первые 6 часов их пребывания в клинике: у 16,14 % больных — в течение первого часа, у 66,66 % — через 1 — 3 часа и у 7,02 % больных — через 3 — 6 часов. Еще 7,02 % больных были осмотрены через 6 — 24 часа и только 3,16 % — в течение вторых суток пребывания в больнице.

Перед исследованием проводили стандартную премедикацию и промывание желудка холодной водой.

Лечебная эндоскопия выполнена у 255 (50,90 %) больных. У 87 она включала остановку кровотечения и у 168 — была направлена на уменьшение вероятности рецидива геморрагии.

В своей работе используем различные методы эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения. У 116 (45,49 %) применена аргоноплазменная коагуляция (АПК), у 106 (42,60 %) больных — инъекции раствора адреналина в подслизистый слой, у 5 (1,96 %) — наложение клипс, у 1 (0,39 %) — введение этамзилата и у 27 (10,59 %) больных — сочетание этих методов.

Полученные результаты

Острые кровоточащие язвы у 430 (85,83 %) локализовались в желудке и у 71 (14,17 %) — в ДПК. В желудке язвы у 68 (15,82 %) больных располагались в кардиальном и субкардиальном отделах, у 173 (34,53 %) — в теле и дне желудка, у 71 (16,51 %) больного в области угла и антрального отдела, у 41 (9,54 %) больного — в препилорическом и пилорическом отделах и у 25 (5,81 %) больных — в области гастроэнтероанастомоза. У 52 (12,09 %) больных язвенные дефекты имелись в нескольких частях желудка.

Кровоточащие дефекты слизистой чаще располагались на малой кривизне — у 98 (22,79 %) больных, на задней стенке — у 93 (21,63 %) больных, большой кривизне — у 61 (14,19 %) и передней стенке — у 53 (12,33 %) больных. У 100 (23,26 %) больных язвы локализовались на двух и более стенках.

В двенадцатиперстной кишке кровоточащие язвы у 60 (84,51 %) больных находились в луковице ДПК, у 9 (21,95 %) — в верхне-горизонтальной части и у 2 (4,88 %) больных — в нисходящей части ДПК. Чаще — у 24 (58,54 %) больных — язвы располагались на передней стенке, у 17 (41,46 %) больных дефекты слизистой локализовались на нескольких стенках ДПК.

Размеры дефектов слизистой, явившихся источником остроого кровотечения, составили у 8 (1,60 %) больных менее 0,5 см, у 280 (55,89 %) больных — 0,5–0,9 см, у 94 (18,76 %) — 1,0–1,4 см, у 50 (9,98 %) больных — 1,5–1,9 см, у 26 (5,19 %) — 2,0–2,4 см, у 16 (3,19 %) — 2,5–3,0 см и у 23 (4,60 %) больных дефект слизистой превышал 3 см. В 4 (0,80 %) случаях определить размер дефекта слизистой во время эндоскопии не представлялось возможным.

Одной из задач неотложной эндоскопии является оценка интенсивности кровотечения и прогнозирования вероятности его рецидива. Для этой цели в своей работе мы использовали общепринятую классификацию по Forrest (F). В соответствии с этой классификацией у 13 (2,59 %) больных кровотечение соответствовало F1a, у 75 (14,97 %) больных — F1b, у 79 (15,77 %) — F2a, у 211 (42,12 %) — F2b и у 123 (24,55 %) больных — F2c. Таким образом, продолжающееся во время осмотра кровотечения было у 88 (17,56 %), остановившееся — у 413 (82,44 %) больных.

У подавляющего большинства больных помимо источника кровотечения были диагностированы другие заболевания ВОПТ. У 58 больных имелся

эрозивный эзофагит, у 19 — признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, у 27 — острые эрозии слизистой желудка, у 39 — рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, у 213 больных — признаки анемизации слизистой и другие заболевания.

Добиться первичного гемостаза во время эндоскопии удалось у 83 (95,40 %) из 87 больных с продолжающимся кровотечением. Один больной с профузным кровотечением был оперирован без попытки эндоскопического гемостаза, у одного больного попытка эндоскопического гемостаза была безуспешной. Еще у трех больных после лечебной эндоскопии уменьшилась интенсивность кровотечения.

При остановившемся на момент осмотра кровотечении у 168 больных выполнено воздействие на источник геморрагии с целью профилактики его рецидива.

Рецидив кровотечения после лечебной эндоскопии возник у 31 (12,16 %) больного, в том числе у 11 больных после первичного эндоскопического гемостаза и у 20 — после эндоскопической профилактики рецидива геморрагии.

У 28 из 31 больного с рецидивом кровотечения во время эндоскопии кровотечение было остановлено. Трое больных были оперированы на высоте кровотечения без попытки проведения эндоскопического гемостаза. 5 больных были взяты на операцию из-за высокого риска рецидива кровотечения.

Таким образом, оперированы 9 больных: 4 на высоте кровотечения и 5 — в связи с высоким риском возобновления геморрагии.

Летальность в анализируемой группе больных составила 6,99 %.

Осложнений, связанных с проведением лечебной эндоскопии не было.

Заключение

Неотложная эзофагогастроудоденоскопия является достоверным методом диагностики причины, локализации и характера кровотечения из острых язв желудка и ДПК. Эндоскопическое воздействие на источник кровотечения является эффективным методом гемостаза и снижения вероятности рецидива кровотечения. При возникновении рецидива кровотечения из острых язв возможен эффективный повторный эндоскопический гемостаз.

ДВУСТОРОННИЕ ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ ИЗ ТРАНССТЕРНАЛЬНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Е.В. Васерчук, О.М. Нехипелов, А.Г. Базяев, А.Е. Суздальницкий, Н.С. Корсунова, Т.Г. Кулешова, Т.Н. Зимица, И.В. Дружинин, В.В. Лях

ГБУЗ «Иркутский областной противотуберкулезный диспансер» (г. Иркутск)

В последние годы все шире стали применяться двусторонние резекции легких из трансстернального доступа, имеющие преимущества перед

резекциями в 2 этапа в том, что уменьшается срок пребывания больного в стационаре. Немаловажен и психологический фактор, больной переносит одну операцию вместо двух.

Кроме того, легкие при двустороннем одномоментном вмешательстве быстрее расправляются и функциональный эффект после операции лучше, так как оба легких принимают равномерное участие в дыхании, тогда как при односторонней резекции дыхательную функцию в первые дни после операции берет на себя, как правило, неоперированное легкое.

На базе ГБУЗ ИОПД в период с 2000 по 2013 гг. 331 больному выполнена одномоментная резекция легких из трансстернального доступа. Показаниями для операции явились отсутствие поражений сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации и субкомпенсации, удовлетворительное общесоматическое состояние больных, ограниченное распространение процесса, подлежащего удалению в легком.

Среди оперированных мужчин было 250 (75,5 %), женщин 82 (24,5 %). Средний возраст больных составлял 39 лет (от 17 до 58 лет). Продолжительность консервативного лечения по поводу туберкулеза от 2 месяцев до 6 лет, но у большинства больных сроки консервативного лечения до операции не превышали одного года.

По клиническим формам туберкулеза больные распределились следующим образом: туберкулома — 296, из них с распадом — у 129, фиброзно-кавернозный туберкулез — у 29, очаговый — у 5 больных, одного пациента прооперировали по поводу двусторонних гамартохондром легких. Бактериовыделение отмечено у 136 больных. У 56 больных отмечены различные сопутствующие заболевания: хронический гепатит — у 11, артериальная гипертензия — 18, хронический гастрит с язвенной болезнью желудка — у 8, сахарный диабет II типа — у 3, желчно-каменная болезнь — 4, эпилепсия — у 3, хронический аднексит — у 3, спаечная болезнь брюшной полости — у 2, и по одному пациенту с хроническим гайморитом, раком мочевого пузыря, ранний нейросифилис, вторичный посттравматический гонартроз. Кроме того 8 пациентов злоупотребляли алкоголем и 5 употребляли наркотики, что исключало возможность выполнения последовательных двусторонних резекций легких в минимально необходимые сроки.

Распространенность туберкулезных изменений в легких наблюдалась следующая: поражение 2–4 сегментов — у 241 больного, 4–6 сегментов — у 90. У 241 больного произведены сегментарные и бисегментарные резекции, у 41 — комбинированная резекция + бисегментэктомия, у 11 — комбинированная резекция с обеих сторон, у 35 — лобэктомия + бисегментэктомия, у 3 пациентов выполнены лобэктомии с обеих сторон. В 5 случаях операция дополнялась плеврэктомией.

Интраоперационная кровопотеря от 300 до 500 мл наблюдалась у 280 больных, свыше 500 мл —

у 51. Величина кровопотери находилась в прямой зависимости от выраженности спаечного процесса в плевральных полостях. В последнее время с использованием аргоноплазменной коагуляции и ультразвукового скальпеля Гармоник, интраоперационная кровопотеря значительно уменьшилась. Операция заканчивалась оставлением двух дренажей в каждой плевральной полости, и одного дренажа в ретростернальное пространство.

У большинства больных послеоперационный период протекал легко, с быстрым расправлением легких и незначительной экссудацией.

В послеоперационном периоде у 30 (9 %) пациентов наблюдались следующие осложнения: несостоятельность швов грудины — 1, причиной которой послужила чрезмерная двигательная активность больного в раннем послеоперационном периоде (на 13 сутки после операции ему выполнена ретростернотомия с ушиванием грудины); лигатурные свищи — 8 (4 ликвидированы консервативным путем, 1 иссечение лигатурного свища и наложение вторичных швов и у 3 — через 6–10 месяцев после выписки произведено иссечение лигатурных свищей и удаление танталовой проволоки), замедленное расправление легкого вследствие альвеолярной недостаточности — 7 (ликвидированы после дренирования плевральной полости), несостоятельность легочной ткани — 3 (1 ликвидирована консервативно, в 2 случаях пришлось выполнить торакотомию с ревизией плевральной полости), ателектаз S4S5 левого легкого — 1 (выполнена торакотомия слева и резекция S4S5), послеоперационная пневмония — 3, после массивной бактериальной терапии пневмония купирована; остаточная плевральная полость — 2, не требующая активного хирургического ведения; острая язва желудка с кровотечением — 1, осложнение развилось на 4-е сутки, кровотечение купировано консервативно; внутриплевральное кровотечение слева — 1, ликвидировано консервативно; перикардит — 1, ликвидирован консервативно. У одного пациента во время операции остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия успешны, операция была выполнена только с одной стороны, в последующем больной выписан с небольшими неврологическими нарушениями. В послеоперационном периоде умерли 2 (0,6 %) пациентов, причина смерти не связана с хирургическим вмешательством.

С полным клиническим эффектом выписано 328 (99 %) больных, из них — 1 с неликвидированным осложнением (остаточная плевральная полость).

Таким образом, наши наблюдения показывают, что одномоментные двусторонние резекции легких из трансстернального доступа по поводу туберкулеза при правильном определении показаний, квалифицированном выполнении оперативного вмешательства, адекватном анестезиологическом пособии и тщательном проведении раннего послеоперационного периода дают хорошие результаты. В ряде случаев у больных с хорошими функцио-

нальными возможностями двусторонние одномоментные резекции могут быть предпочтительнее поэтапных вмешательств.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Н.Б. Васильева, А.Ю. Котовщиков, П.А. Куимов

ОГБУЗ «Усольская городская многопрофильная больница» (г. Усолье-Сибирское)

Острые желудочно-кишечные кровотечения уже длительное время остаются сложной и до конца нерешенной медицинской проблемой (Юдин С.С., 1955; Братусь В.Д., 1972; Гринберг А.А. и соавт., 1996; Лосев Р.З. и соавт., 1996; Затевахин И.И. и соавт., 2001; Ефименко Н.А. и соавт., 2004; Луцевич Э.В. и соавт., 2008; Гостищев В.К. и соавт., 2008; Church N.I. et al., 2006; Zullo A. et al., 2007) — выявляются, по данным различных авторов, с частотой 100–120 случаев на 100 000 населения. Наиболее частой причиной (до 50 %) таких кровотечений являются хронические гастродуоденальные язвы (ХГДЯ). Заболеваемость язвенной болезнью не имеет тенденции к снижению. Неудовлетворительные результаты лечения больных с ХГДЯ, осложненными кровотечениями, связаны, главным образом, с высокой общей и послеоперационной летальностью, которые при наиболее тяжелых формах кровотечений достигают соответственно 11 и 35 %.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения ХГДЯ, осложненных кровотечениями, у больных 31–60 лет — наиболее работоспособной группы населения.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 98 наблюдений кровотечений из ХГДЯ у больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении ОГБУЗ «Усольская городская клиническая больница». Среди них мужчин было 72 (73,5 %), женщин — 26 (26,5 %). Средний возраст больных составил $58,4 \pm 4,1$ лет. В 39 (39,8 %) случаях диагностирована язвенная болезнь желудка (ЯБЖ), в 59 (60,2 %) — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Исходя из поставленных целей, все больные были разделены на три возрастные группы. В 1 группу вошли 9 (9,2 %) больных моложе 31 года; во 2 группу — 50 (51,0 %) больных 31–60 лет, в 3 группу — 39 (39,8 %) больных старше 60 лет.

Результаты

Во 2 группе по направлению поликлиник в стационар больные поступают в 2 (4,0 %) наблюдениях, по направлению ГСП — 39 (78,0 %), из других отделений ОГБУЗ «УГМБ» переведено — 8 (16,0 %), обратился самостоятельно 1 (2,0 %). Рвота кровью в анамнезе была у 17 (34,0 %) пациентов, мелена — в 29 (58,0 %) наблюдениях. В течение первых 6 ч от

начала заболевания поступили 5 (10,0 %) больных, в течение 24 ч — 21 (42,0 %), свыше 24 ч — 24 (48,0 %). Удовлетворительным состоянием оставалось у 11 (22,0 %) пациентов, у 31 (62,0 %) — средне-тяжелое, у 8 (16,0 %) — тяжелое. В 8 (16,0 %) наблюдениях гемодинамика на момент поступления была нестабильной.

Кровопотеря легкой степени имела место в 14 (28 %) наблюдениях, средне-тяжелой — 13 (26 %), тяжелой — 19 (38 %), массивная кровопотеря — 4 (8 %). ЯБЖ диагностирована в 19 (38 %) случаях (в 1 (2,0 %) наблюдении клинически выявлен и гистологически подтвержден рак желудка (умеренно дифференцированная аденокарцинома)); в 31 (62 %) — ЯБДПК. ЭГДС выполнена всем поступившим больным. Риск рецидива кровотечения оценивался как F1a в 3 (6,0 %) наблюдениях, F1b — 4 (4,0 %), F2a — 13 (26,0 %), F2b — 17 (34,0 %), F2c — 11 (22,0 %), F3 — 0 (0 %). У 2 (4,0 %) больных оценка риска рецидива кровотечения не произведена.

В 31 (62,0 %) наблюдениях имела место спонтанная остановка кровотечения: 15 — при язвенной болезни желудка, 16 — при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, притом в 11 (22,0 %) наблюдениях был произведен эндоскопический гемостаз с профилактической целью: обкалывание раствором адреналина 1 : 20000. Рецидив кровотечения возник у 3 (6,0 %) пациентов: у 1 — при язвенной болезни желудка, и у 2 — при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, во всех наблюдениях в период до 3 сут от момента поступления в стационар; эндоскопический гемостаз методом обкалывания раствором адреналина 1 : 20000 оказался эффективным во всех случаях. Оперативное вмешательство выполнялось в 7 (14,0 %) наблюдениях: в 3 (6,0 %) случаях при ЯБЖ (все на высоте кровотечения) и в 4 (8,0 %) случаях при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (все на высоте кровотечения). При оказании оперативного пособия предпочтение отдавалось гастротомии (или дуоденотомии) с прошиванием язвы. В 2 (4,0 %) наблюдениях интраоперационной находкой явилась пенетрация хронической язвы тела желудка в тело поджелудочной железы. В послеоперационном периоде осложнений со стороны зоны оперативного вмешательства не было. Средняя продолжительность госпитализации составила 9,9 койко-дней, из них 2,9 — в отделении интенсивной терапии. Структура сопутствующей патологии: ишемическая болезнь сердца — 13 (26,0 %), артериальная гипертония — 11 (22,0 %), последствия ранее перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения — 2 (4,0 %), злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта (в анамнезе) — 2 (4,0 %), цирроз печени — 3 (6,0 %), пневмония (внебольничная) — 1 (2,0 %), травмы опорно-двигательного аппарата — 3 (6,0 %), сахарный диабет (2 тип) — 3 (6,0 %). Летальность составила в анализируемой группе больных 2,0 % (1 больной): диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, при рецидиве кровотечения не представлялся возможным эндоскопи-

ческий гемостаз — произведена дуоденотомия с прошиванием язвы; смерть наступила вследствие развития декомпенсированного необратимого геморрагического шока.

Заключение

Таким образом, у лиц пожилого и старческого возраста лечение хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, представляет собой более трудоемкую проблему, что сопряжено с большей операционной активностью, меньшей эффективностью эндоскопической остановки, более высоким риском рецидива кровотечения, а также наличием сопутствующей соматической патологии, утяжеляющей течение основного заболевания.

Литература

1. Антонов В.Н. Эндоскопический гемостаз и прогноз рецидива кровотечения при хронических гастродуоденальных язвах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 2006. — 27 с.
2. Винокуров М.М., Капитонова М.А. Тактика врача-хирурга при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: метод. рекомендации. — Якутск, 2006. — 140 с.
3. Винокуров М.М., Капитонова М.А. Алгоритм хирургического лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением // Наука и образование. — 2007. — № 3 (47). — С. 102—107.
4. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 2001. — № 1.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖИВОТА

Н.Е. Васильева, А.И. Панасюк, М.А. Шарифулин, Н.В. Бурдукова

ГБУЗ «Иркутская орден «Знак почета» областная клиническая больница» (г. Иркутск)

Острые хирургические заболевания брюшной полости во время беременности представляют трудную и ответственную задачу, т.к. представляют серьезную угрозу жизни матери и плода, а беременность, в свою очередь, усложняет диагностику хирургической патологии. Причины — увеличивающаяся матка, смещая органы, изменяет внутрибрюшную топографию и «типичную» клиническую картину; изменяется физиологическое состояние беременной женщины, обусловленное беременностью (тошнота, рвота, различные частые боли в животе), ответственность за два пациента. Врач сталкивается с абдоминальными состояниями, характерными для беременности и возникающими на фоне беременности (Моше Шайн, 2003).

Оказание неотложной помощи беременным невозможно без сотрудничества врачей-специалистов разных профилей. Клиническая картина острых хирургических заболеваний зависит от сроков беременности. В I триместре плод подвер-

жен повреждающему действию медикаментов, абдоминальные вмешательства могут способствовать выкидышу. Операции в III триместре могут вызвать преждевременные роды, внутриутробное инфицирование плода. Во II триместре хирургическое вмешательство наименее рискованно. Необходимо помнить о приоритетном состоянии матери. Беременная женщина страдает от абдоминального компартмент-синдрома, любое неотложное заболевание повышает внутрибрюшное давление, нарушает физиологические механизмы. Беременность изменяет иммунитет и ответную реакцию организма на течение воспалительного процесса, отмечается повышенный уровень трансаминаз, вероятно развитие коагулопатии. При беременности нередки боли в животе, тошнота, рвота, местное и общее вздутие живота, растяжение передней брюшной стенки, все это стирает типичную симптоматику хирургического заболевания. Трудность диагностики возрастает на поздних сроках беременности и при родах. Любое хирургическое заболевание, требующее срочной операции, следует рассматривать как прямую угрозу жизни матери и плода.

Наиболее частые причины острой хирургической патологии у беременных — воспаление червеобразного отростка (до 90 %), желчного пузыря, поджелудочной железы, тонкой и толстой кишки.

На первую половину беременности приходится 75 % заболеваний острым аппендицитом, на вторую — 25 %, при родах — наиболее редко. Способствуют развитию острого аппендицита смещение слепой кишки и червеобразного отростка вверх, ухудшение кровоснабжения отростка, запоры, нарушения вирулентности микрофлоры кишечника. Способность к отграничению воспаления снижается, быстрее прогрессирует воспалительный процесс брюшной полости. Деструктивные формы аппендицита могут привести к прерыванию беременности и гибели плода.

Важное значение при острой хирургической патологии имеют своевременное обращение в лечебное учреждение, ранняя диагностика, своевременное оперативное лечение хирургического заболевания. Если в первой половине беременности клиническая картина острого аппендицита практически не отличается от таковой у небеременных, то во вторую половину беременности увеличенная матка, растяжение брюшной стенки часто не дают четкой симптоматики. Нередко отсутствуют важные для диагностики локальное напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, типичная локализация боли, особенно при наличии боли в животе от растяжения связочного аппарата матки. При внимательном сборе анамнеза возможно выявление характерных признаков, как симптом Кохера; при объективном осмотре — максимальную локализацию боли в правой подвздошной области, подпеченочной или поясничной области, симптомы раздражения брюшины. При возникновении родовой деятельности выявление типичных симптомов более затруднительно.

Необходимо учитывать, что у беременных лейкоцитоз до 12×10^9 — явление физиологическое, а воспаление не всегда приводит к значительному повышению лейкоцитов. Нередко при беременности возникают воспалительные изменения в моче за счет нарушения оттока мочи.

Важным методом диагностики является УЗИ, позволяющее исключить акушерскую патологию и уточнить патологические изменения органов брюшной полости. Необходимо участие акушера-гинеколога и хирурга в обследовании беременной при подозрении на острую хирургическую патологию. Угрожающее или начавшееся прерывание беременности, родовые схватки затрудняют диагностику хирургических заболеваний, особенно острой кишечной непроходимости, наиболее опасного заболевания для плода и матери. Для уточнения диагноза возможно применение методов визуализации (рентгенография, КТ, МРТ). Возможно использование лапароскопии, что позволяет поставить правильный диагноз у 93 % беременных острым аппендицитом, особенно в первом — втором триместре.

В любом случае при неясном диагнозе необходимы ранняя госпитализация и динамическое наблюдение пациентки в хирургическом отделении. У беременных наиболее сложно лечить перитонит, дает высокую летальность, поэтому принцип современной хирургической тактики — «максимальная активность в отношении перитонита, максимальный консерватизм в отношении беременности» (Руководство по неотложной хирургии под ред. В.С. Савельева, 2004).

За последние 3 года (2011 — 2013 гг.) в хирургическом отделении ГБУЗ «ИОКБ» находились на лечении и были оперированы 14 женщин с острыми хирургическими заболеваниями: острый аппендицит у 10 пациентов, перекрут кисты правого яичника в 2-х случаях (в одном — в сочетании с аппендицитом), ущемленная рецидивная пупочная грыжа — 1, острый калькулезный холецистит — 1. Срок гестации составил от 10 — 11 недель до 30 — 35 недель. Возраст женщин 17 — 29 лет. Все операции выполнялись квалифицированными хирургами.

Из 10 больных острым аппендицитом давность заболевания составила от 2-х часов до 2-х суток. Сразу обратились к хирургу 6 человек, направлены от гинеколога — 4, из них 3 были предварительно осмотрены акушером перинатального центра. Одна пациентка находилась 2 суток в районном родильном доме, где развился диффузный фибринозно-гнойный перитонит аппендикулярного происхождения. Скорой помощью доставлены 4 человека, направлены к хирургу стационара из поликлиники — 2. Все беременные осмотрены гинекологом при поступлении для исключения осложнений беременности, выполнено УЗИ брюшной полости и матки для уточнения срока беременности, состояния плода, возможных осложнений беременности (угроза прерывания беременности, преждевременная отслойка плаценты, развитие

хориоамнионита, гинекологическая патология). При сомнении в диагнозе острого аппендицита больные наблюдались в хирургическом отделении в течение 2 — 3 часов, лишь в одном случае пациентка наблюдалась 9 часов.

Все пациенты с диагнозом острого аппендицита оперированы. В 8 случаях аппендэктомия выполнена из доступа Волковича — Дьяконова под СМА, в 2-х случаях выполнена лапароскопическая аппендэктомия под ЭТН в сроках беременности 15 и 20 недель. Во время операции обнаружено расположение червеобразного отростка: подпеченочное — 1, ретроцекальное — 2, латеральное — 2, остальные — медиальное. В 4-х случаях имелся гнойный выпот в подвздошной ямке. У одной пациентки при гангренозном аппендиците, диффузном перитоните проводилась санация и дренирование правого бокового канала и малого таза, кожа в зоне операционной раны не зашивалась, проводилась антибактериальная терапия, профилактика УПБ, на 10 сутки наложены вторичные кожные швы.

Морфологические изменения соответствовали флегмонозной форме у 7 (у 4-х с местным гнойным выпотом), гангренозный перфоративный аппендицит с диффузным фибринозно-гнойным перитонитом — 1, катаральная форма — 2 (у 1-й в сочетании с пиелокалькоэктазией).

Послеоперационный период составил 3 — 8 дней, в среднем 6. Лишь больная аппендикулярным перитонитом лечилась 15 дней, проводилась противовоспалительная терапия, профилактика УПБ, санация раны, наложение вторичных швов. Все пациентки после операции осмотрены акушером-гинекологом, другими специалистами — при необходимости. В одном случае через сутки после операции при появлении кровянистых выделений была усилена терапия УПБ; двое при пиелокалькоэктазии и дизурических расстройствах осмотрены урологом, назначена дополнительная терапия. Пациентам с выраженными воспалительными изменениями назначались антибиотики.

Две пациентки со сроком беременности 10 — 11 недель были госпитализированы в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит под наблюдение, переведены в гинекологическое отделение после оперативного вмешательства, выполненного хирургами. У одной на операции обнаружен перекрут кисты правых придатков с их некрозом, выполнена аднексэктомия и удаление вторично измененного червеобразного отростка, у 2-й при диагностической лапароскопии обнаружен перекрут паратубарной кисты, удалена эндоскопически. В обоих случаях проводилась профилактика УПБ, у одной пациентки проводилась коррекция сахара крови при наличии сахарного диабета 1 типа под наблюдением эндокринолога. Выписаны через 6 и 8 суток в удовлетворительном состоянии.

Одна пациентка оперирована по поводу ущемленной рецидивной пупочной грыжи через 24 часа от начала заболевания при беременности 10 — 11 недель. Выполнено срочное грыжесечение, резекция

сальника, пластика по Мейо. Послеоперационный период без особенностей.

Одна женщина поступила с клиникой острого калькулезного холецистита в сроке беременности 20–22 недели, проводилась консервативная терапия, но болевой синдром не купировался, приступы повторялись, появилась паравезикально жидкость, после проведения консилиума выполнена лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационный период без особенностей — 5 суток. Лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время в первой половине беременности довольно безопасна.

В послеоперационном периоде всем пациентам для профилактики инфекционных осложнений использовались разрешенные при беременности антибиотики. При констатации симптомов угрожающего прерывания беременности (боли внизу живота и поясницы, повышенный тонус матки, кровянистые выделения из половых путей) проводилась сохраняющая терапия в зависимости от срока: спазмолитики, до 14 недель — препараты дидрогестерона, от 16 до 34 недель — магnezийный токолиз в первые 3 суток. Все беременные выписаны с прогрессирующей беременностью с рекомендацией наблюдения акушера-гинеколога и хирурга.

Таким образом, основные принципы лечения острых хирургических заболеваний у беременных — ранняя госпитализация, динамическое наблюдение хирурга и акушера-гинеколога, комплексное обследование беременной с применением современных методов диагностики; своевременное бережное оперативное вмешательство; профилактическое лечение угрозы прерывания беременности; послеоперационное лечение хирурга и акушера-гинеколога.

Литература

1. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике // Рук-во под ред. Э.К. Айламазяна. — Ленинград: Медицина, 1985.
2. Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Балабанов Н.Г., Тарасенко Ю.Н. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных: материалы III регионального научного форума «Мать и дитя». — Саратов, 2009.
3. Шаймарданов Р.Ш., Гумаров Р.Ф. Аппендицит и беременность // Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. 91, № 5.
4. Астапенко В.Г., Максимов С.С. Ошибки и осложнения в хирургии «острого живота». — Минск: Выйсшая школа, 1982.

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ТРАВМА ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

В.Н. Вашкин

НУЗ «Узловая поликлиника на ст. Лена ОАО РЖД»
(г. Усть-Кут)

Больной С. обратился с жалобами 29.07.2010 г. на боль в области лба справа. В анамнезе травма в

быту 24.07.2010 г. — удар тупым предметом в область лба справа.

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области отмечается западение в виде углубления в области правой лобной пазухи. При пальпации в указанной области отмечается резкая болезненность, припухлость, целостность кожных покровов не нарушена.

При передней риноскопии в среднем носовом ходе справа отмечается слизисто-кровянистый секрет, носовое дыхание слегка затруднено, обоняние не нарушено. На рентгенограмме от 29.07.2010 г. придаточных пазух носа в боковой проекции отмечается многооскольчатый вколоченный перелом передней стенки правой лобной пазухи и незначительное снижение пневматизации и наличие уровня крови в пазухе. На основании жалоб, объективных данных и рентгенологического обследования поставлен диагноз — вколоченный многооскольчатый перелом передней стенки правой лобной пазухи — гемасинусит. Больному рекомендовано хирургическое лечение в стационаре.

После премедикации атропин 0,1% р-р 1,0 мл + димедрол 1% 1,0 мл, промедол 1% р-р 1,0 мл.

После обработки операционного поля дважды 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина под инфильтрационной анестезией 1% р-р новокаина 10,0 мл + адреналин 0,1% р-р 10 капель, произведено вскрытие лобной пазухи наружным доступом по Киллиану. Произведен дугообразный разрез до кости по боковой поверхности наружного носа с переходом на медиальные 2/3 брови. Гемостаз с наложением лигатур кетгутотом. Отслаивание мягких тканей на 1–1,5 см кверху от верхнего края глазницы. Далее, надрез надкостницы с последующей отслойкой.

С помощью портативной бормашинки сделано трепанационное отверстие, через которое из пазухи удалены сгустки крови. Пазуха промыта физиологическим раствором с антибиотиками. С помощью элеватора произведена репозиция костей передней стенки лобной пазухи. Введен марлевый тампон с 10%-ной синтомициновой эмульсией на 2 дня. Края раны наглухо не зашивались.

Больному назначено консервативное лечение: уротропин 40% р-р 5,0 мл, хлористый кальций 10% р-р 5,0 мл, глюкоза 40% 10,0 мл внутривенно, линкомицин гидрохлорид 30% р-р 1,0 мл в/м 3 раза в день, бисептол по 2 таблетки 2 раза, диазолин по 1 таблетки 2 раза, сосудосуживающие капли в нос.

После удаления тампона из пазухи рана ушита послойно, на кожу наложен косметический шов, который снят через 7 дней.

На рентгенограмме от 15.08.2010 г. в боковой проекции придаточных пазух носа костные отломки сопоставлены правильно, лобная пазуха воздухоносна.

Больной в удовлетворительном состоянии выписан из стационара.

СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ КРУПНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ЛЕВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Д.В. Владимиров, Н.А. Тихонюк

ОГБУЗ Железногорская Центральная районная
больница (г. Железногорск-Илимский)

Наиболее часто инородные тела дыхательных путей встречаются у детей младшего возраста, нахождение же крупных инородных тел в дыхательных путях у взрослых является или казуистическим случаем или может быть случайной находкой во время выполнения диагностической фибробронхоскопии.

Пациент К., 72 года, поступил в отделение хирургии ЖЦРБ 20.02.13 г. с явлениями желудочно-кишечного кровотечения. При поступлении жалобы на слабость, черный стул, боль в животе. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В сознании, ориентирован, контактен. По органам и системам без особенностей. АД 105/80 мм рт.ст., ЧСС 100 в мин. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в нижнем отделе живота, Симптом раздражения брюшины отрицательный. При обследовании *per rectum*: на перчатке следы кала черного цвета. Из анамнеза: страдает ИБС, стенокардией напряжения. ПИКС 2012 г. Пациент постоянно принимает кардиомагнил. Выполнено ФГДС по экстренным показаниям: Эрозивный дуоденит. Состоявшееся кровотечение из ДПК (по типу диапедезного). Выставлен диагноз: Состоявшееся кровотечение из ДПК (на фоне приема кардиомагнила). Острая постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести. ИБС, стенокардия напряжения. ПИКС 2012 г. В отделении назначено консервативное лечение: гемостатики, инфузионная терапия, блокаторы протоновой помпы, симптоматическое лечение. 21.02.13 г. пациент отмечает сильные нетерпимые боли в левой половине грудной клетки, отдают в левую руку. Консультирован терапевтом, на ЭКГ: синусовый ритм ЧСС — 100, горизонтальное положение ЭОС, субэндокардиальная ишемия V3—V6 — коснисходящее ST с инверсией T. Тропониновый тест 21.02.13 г. положительный. Диагноз: ИБС, прогрессирующая стенокардия. ОКС? ПИКС 2012 г. Болевой синдром купирован наркотическим анальгетиком (Промедол 2 % 1,0 мл). Выполнена коррекция назначений согласно основному и сопутствующему диагнозу. 22.02 — 23.02 пациент находился в отделении хирургии, общее состояние средней степени тяжести, болевой синдром не выражен. 24.02.13 — ухудшение состояния, выраженный болевой синдром в левой половине грудной клетки, отдает в левую руку. Осмотрен дежурным терапевтом, с диагнозом: Острый коронарный синдром. ПИКС 2012 г. Состоявшееся кровотечение из ДПК. Анемия средней степени тяжести. Большой переведен в ПИТ РАО. Болевой синдром купирован наркотическим анальгетиком. В ПИТ РАО получал лечение соответственно основному и

сопутствующему заболеванию. 24.02.13 г. переведен в терапевтическое отделение для продолжения лечения. 25.02.13 — 26.02.13 пациент продолжает лечение в терапевтическом отделении, сохраняется болевой синдром в левой половине грудной клетки, отдает в левую руку, отмечает слабость. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Гемодинамика стабильная. По данным ЭКГ сохраняются признаки ишемии миокарда в V3 — V6. Диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда без подъема ST в боковой стенке левого желудочка. 27.02.13 г. — появилась острая боль в левой половине грудной клетки, ухудшение общего состояния, пациент переведен вновь в ПИТ РАО для лечения инфаркта миокарда. Находился в ПИТ 27.02 — 01.03.13 г., получал терапию согласно основному и сопутствующему диагнозу. 01.03.13 г. переведен в терапевтическое отделение. В отделении терапии состояние больного тяжелое, сохраняется болевой синдром в виде приступов боли нетерпимого характера в левой половине грудной клетки, боли купировались внутримышечным введением наркотических анальгетиков (промедол, морфин). 04.03.13 г. выполнена рентгенография грудной клетки: легочная инфильтрация, очаги отсева в левом легком. Реакция междолевой плевры слева. Корни расширены, неструктурные с обогащением легочного рисунка в прикорневой зоне. Заключение: Больше данных за двухсторонний туберкулез легких с обсеменением левого легкого. Застой в малом круге кровообращения. 06.03.13 г. консультирован фтизиатром: Инфильтративный туберкулез легких с обсеменением левого легкого? Ст левого легкого? Консультирован заочно онкологом ООД г. Братск: рекомендовано выполнить ФБС, ФГДС. 11.03.13 г. выполнена рентгенография грудной клетки: легочная инфильтрация справа и диссеминация слева сохраняется в прежнем объеме, по сравнению с 04.03.13 г. динамики нет. Заключение: Больше данных за двухсторонний туберкулез легких. 14.03.13 г. фибробронхоскопия аппаратом «Olympus» BF PE2 под м/а раствором Лидокаина и премедикацией атропином 0,1% — 1,0 мл. При бронхоскопии: осмотр через рот. Слизистая гортани розового цвета. Голосовая щель треугольной формы, симметричная. Голосовые связки не изменены, смыкаются при дыхании и фонации полностью. Просвет трахеи широкий, округлой формы. Слизистая трахеи бледно-розовая, гладкая, тусклая. Мембранозная часть трахеи не пролабирует в просвет. Карина острая, подвижная. Строение БД справа типичное, без видимой патологии. Строение БД слева — главный бронх проходим до устья верхнедолевого бронха, на уровне устья верхнедолевого бронха в просвете главного бронха образование грязно-серого цвета неправильной формы с налетом фибрина, стенка бронха выше образования гиперемированная, отечная, рыхлая. Биопсия со слизистой главного бронха выше образования на цитологию и гистологию. При попытке взять биопсию с образования отмечается его смещение относительно просвета

bronxa (инородное тело?). Из левого бронха удалено инородное тело — представлено мясной костью — куриный позвонок размером 1,5 × 1,0 см (представлен на рис. 1–3). Осмотр после удаления инородного тела: слизистая главного бронха гиперемирована, на стенках налеты фибрина округлой формы $D = 0,2–0,3$ см, гипергрануляции. Н/ долевого бронха — слизистая ярко-розовая. Устья сегментарных бронхов просматриваются до субсегментов, «живые», все бледно-розового цвета. Сосудистый рисунок смазан. Устья бронхиальных желез точечные, не изменены. В просвете бронхов незначительное количество слизистой мокроты. Объемных образований не выявлено. Заключение: Атрофический эндобронхит правого легкого. Инородное тело левого главного бронха. Катарально-фибринозный эндобронхит левого легкого.

После удаления инородного тела у пациента отмечается улучшение общего состояния — исчезновение болевого синдрома, 14.03.13 г. отмечался кратковременный подъем температуры тела до 37,5 °С. С 14.03.13 г. наркотические анальгетики пациенту не выполнялись. 18.03.13 г. рентгенография грудной клетки: Диссеминация слева уменьшилась в размере, сохраняется незначительно в верхней доле слева, положительная динамика по сравнению с 11.03.13 г., инфильтрация справа сохраняется. Заключение: Положительная динамика воспалительного процесса в легочной ткани.

После удаления инородного у тела с пациентом была проведена беседа с целью выяснения возможной даты попадания инородного тела, со слов больного в середине января 2013 г. во время вечернего приема пищи — отметил появления приступа сухого кашля, который возник на фоне полного здоровья и самостоятельно купировался, дату возникновения приступа кашля и характер пищи вспомнить не смог, не исключено, что инородное тело находилось в дыхательных путях более месяца, а выраженный болевой синдром обусловлен формой и острыми краями инородного тела.

По рекомендации пульмонолога (консультант в ИДЦ летом 2013 г.) 21.08.13 г. выполнена диагностическая фибробронхоскопия аппаратом «Olympus» BF PE2. При бронхоскопии: осмотр через рот, гортань без особенностей. Строение БД справа типичное. Строение БД слева — главный бронх проходим, просвет главного бронха обычного размера, ниже отхождения верхнедолевого бронха на месте нахождения инородного тела на слизистой виден рубец розового цвета на 1/3 окружности бронха высотой до 0,3 см, слизистая бронха бледно-розового цвета, атрофичная, гладкая, блестящая. Устья долевых не сужены, устья сегментарных бронхов просматриваются до субсегментов хорошо, все бледно-розового цвета, слизистая гладкая, блестящая. Сосудистый рисунок смазан. Устья бронхиальных желез не определяются. В просвете бронхов незначительное количество слизистой мокроты. Объемных образований не выявлено. Заключение: Атрофический двухсторонний эндобронхит.

Пациент после удаления инородного тела находится под наблюдением терапевта в поликлинике, со стороны дыхательной системы нарушений не выявлено.

Выводы:

1. У пожилых пациентов трудно выяснить анамнез заболевания, пациенты могут не помнить момент аспирации инородного тела в дыхательные пути, в связи с чем диагностика становится затруднительной, а наличие инородного тела может скрываться под маской другого заболевания.

2. Попадание крупного инородного тела в левый бронх является редким случаем вследствие анатомических особенностей ТБД.

3. Изменения наблюдаемые на рентгенограммах легкого носили маловыраженный характер (не было ателектаза, застойной пневмонии легкого, эмфиземы легкого), так как инородное тело вызвало частичную закупорку легкого и воздух свободно поступал в легочную ткань.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЖЕЛУДКА

М.А. Голодников¹, А.С. Загайнов²,
О.А. Горбанева³, С.М. Пленкин³,
В.В. Дворниченко^{1,2}, Р.А. Зубков²

¹ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» (г. Иркутск)

²ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (г. Иркутск)

³ГБУЗ «Иркутский областной онкологический диспансер» (г. Иркутск)

Рак желудка занимает второе место в заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Иркутской области. Хирургическое лечение является единственным методом, позволяющим добиться выздоровления, однако результаты лечения, к сожалению, остаются неудовлетворительными.

Цель исследования — изучение влияния преоперационной химиотерапии на выживаемость пациентов с раком желудка, подвергшихся радикальному хирургическому лечению.

Ретроспективно проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт 772 пациентов с установленным диагнозом рак желудка, которым проводилось лечение в ГБУЗ ООД в период с 2000 по 2012 гг. Критерии включения: 1) гистологически подтвержденная низкодифференцированная аденокарцинома желудка (аденокарцинома G3 и G4, перстневидно-клеточный и муцинозный рак желудка); 2) проведение радикального хирургического лечения. Критерии исключения: 1) наличие другого онкологического заболевания, способного повлиять на отдаленную выживаемость; 2) ранее перенесенная резекция желудка; 3) IV стадия

опухолевого процесса; 4) возраст старше 55 лет. Подобным критериям соответствовало 150 пациентов. Все больные были разделены на две группы. В первую группу вошло 78 (52 %) пациентов, которым лечение рака желудка начали с радикальной операции, во вторую, которым лечение начали с предоперационной химиотерапии, 72 (48 %). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. В первой группе соотношение мужчин и женщин составило 47,4 и 52,6 %, во второй — 50 на 50 %. В первой группе возраст составил $47,1 \pm 7,6$ года, во второй — $44,6 \pm 8,8$ лет, разница статистически незначима ($p = 0,073$). Стадии в первой и второй группах распределились следующим образом: 1А ст. — 14/20 ($p = 0,022$); 1В ст. 7/10 ($p = 0,49$); 2 ст. — 28/22 ($p = 0,6$); 3А ст. — 20/12 ($p = 0,254$); 3В ст. — 9/8 ($p = 0,861$), таким образом группы сопоставимы по стадиям. Также группы являются сопоставимыми по характеру выполненных операций. На долю комбинированных гастрэктомий в первой группе приходилось 61,5 % операций, во второй — 72,2 % ($p = 0,225$), на долю расширенных гастрэктомий 21,8 % и 23,6 % соответственно ($p = 0,944$). На долю дистально субтотальной резекции желудка приходится 13 операций (16,7 %) в первой группе и 3 (4,2 %) — во второй.

Среднее время наблюдения в первой группе составило $43,2 \pm 27,4$ мес., медиана составила 37,6 месяца, во второй — $57 \pm 28,7$ мес., а медиана — 61,3 месяца. В первой группе однолетняя выживаемость составила $90,9 \pm 3,3$ %, трехлетняя — $69,7 \pm 5,5$ %, во второй — $97,2 \pm 1,9$ % и $85,5 \pm 4,2$ % соответственно. Медиана выживаемости в обеих группах в настоящее время не достигнута. При сравнении кривых выживаемости в группах с использованием критерия Гехана — Вилкоксона $p = 0,037$. Таким образом, разница в кривых выживаемости в исследуемых группах статистически значима. Выживаемость выше в группе пациентов с предоперационной химиотерапией.

На основании проведенного анализа, можно сделать вывод, что использование предоперационной химиотерапии позволяет улучшить показатели выживаемости пациентов, низкодифференцированной аденокарциномой желудка.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЙ ДЕТОКСИКАЦИЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*И.Е. Голуб, В.А. Белобородов, Е.И. Зиновьев,
Л.В. Сорокина*

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный
медицинский университет» (г. Иркутск)

ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак почета» областная
клиническая больница № 1» (г. Иркутск)

В настоящее время, несмотря на определенные успехи хирургии, реаниматологии и интенсивной

терапии лечение распространенного гнойного перитонита остается актуальным. Летальность при этом тяжелом заболевании колеблется от 10 до 60 % (Гельфанд Е.Б. и др., 2000; Федоров И.Д. и др., 2000; Гостищев В.К. и др., 2002; Ерюхин И.А. и др., 2003).

В последнее время дискретный плазмаферез (ПФ) и электрохимическая детоксикация с помощью гипохлорита натрия (ГХН) широко используются в современной эфферентологии (Костюченко А.Л., 2003). Включение в схему интенсивной терапии плазмафереза в сочетании с электрохимической детоксикацией позволяет повысить эффективность лечения, управлять системной воспалительной реакцией. В основе неблагоприятного исхода заболевания главная роль принадлежит реакции генерализованного воспаления (Лопаткин Н.А., Козлов В.П., 1988; Гендель Л.Л., Белоцерковский К.Я., Страшнов В.И. и др., 1994; Гольдфарб Ю.С., 1995; Ерюхин И.А., Савельев В.С., 2003; Векслер Н.Ю., Бояринов Г.А., 2004; T. van der Poll, S.J.H. Van Deventer, 1999).

В лечении распространенного гнойного перитонита широко используется полноценная хирургическая санация очага инфекции, адекватная антимикробная и дезинтоксикационная терапия. Для повышения эффективности плазмафереза необходимо увеличивать объем плазмаэкспузии, не превышающей обычно 1/3 — 1/2 объема циркулирующей плазмы (ОЦП), что требует использования донорских белковых средств, при трансфузии которых возможно развитие ряда осложнений. Повышение эффективности плазмафереза за счет увеличения частоты сеансов еще более нежелательно, т. к. велика возможность развития белкового истощения организма, иммунодефицита, перекрестных аллергических реакций (Гендель Л.Л., Белоцерковский К.Я., Страшнов В.И. и др., 1994). С другой стороны, метод получения гипохлорита натрия с помощью аппарата ЭДО-3 доступен и прост, а его применение довольно эффективно в клинической практике.

Цель исследования — повысить эффективность лечения больных с распространенным перитонитом, осложненным ДВС-синдромом.

Материал и методы

Работа выполнена на базе городской клинической больницы № 1 г. Иркутска.

Всего обследовано 58 больных с различными заболеваниями органов брюшной полости, осложненными распространенным перитонитом. Оценка тяжести состояния больного проводилась на основе Мангеймского перитонеального индекса. Всем больным в течение 2—3 часов проводилась предоперационная подготовка, включающей выполнение ОЦК, устранение артериальной гипертензии, антибактериальную терапию, коррекцию ДВС-синдрома и нарушений микроциркуляции. В группу сравнения вошли 28 больных, в исследуемой группе было 30 человек. Группы были сопоставлены по половым и возрастным показателям, тяжести заболевания. Среди обследуемых были лица обо-

его пола в возрасте от 19 до 70 лет, мужчин было 38 (65,5 %), женщин – 20 (34,5 %), больные были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 28 больных с декомпенсированным инфекционно-токсическим шоком острой формой ДВС – синдрома в фазе гиперкоагуляции. Проводился плазмаферез в сочетании с гипохлоритом натрия.

Во второй группе было 30 человек с декомпенсированным инфекционно-токсическим шоком, острой формой ДВС-синдрома в фазе коагулопатии. Проводился плазмаферез по традиционной методике. Статистическая обработка осуществлена с помощью таблиц Microsoft Excel и прикладной программы Statistica 6.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

У первой группы больных плазмаферез осуществлялся с использованием дискретного способа. Кровь эксфузировали в пластиковые контейнеры «Гемакон-500», центрифугировали при 1200 – 1600 об/мин в течение 15 мин. с последующим удалением плазмы. Эритроцитарную массу, разбавленную в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия возвращали в кровоток пациентки. Дефицит ОЦК устраняли введением свежзамороженной плазмы, 16% альбумина, реополиглокина. В плазмозамещающие растворы добавляли актовегин, контригал в общепринятых дозах. Гипохлорит натрия использовали в концентрации 300 мг/мл в объеме 1/6 ОЦК.

При проведении только плазмафереза по общепринятой методике эксфузия плазмы составляла 1000 – 1200 мл с адекватной заменой донорской свежзамороженной плазмой. Проводили 2 – 3 сеанса плазмафереза с интервалом до 2 – 3 суток. Выбор программы плазмафереза определялся тяжестью процесса, динамикой клинической картины заболевания и лабораторными показателями. Методом оценки интоксикации являлись лейкоцитарный индекс интоксикации (Капальф-Калиф Я.Я., 1941) и показатель соотношения сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов.

Результаты и их обсуждение

Плазмаферез с последующим введением больному свежзамороженной донорской плазмы – высокоэффективная и патогенетически обусловленная коррекция ДВС-синдрома. Удаление 1 – 2 литров плазмы у таких больных позволяет не только изъять из циркуляции токсины и продукты паракоагуляции, но и ввести пациенту все необходимые компоненты – активированные факторы свертывания, альбумины, иммуноглобулины, витамины, минеральные вещества, гормоны и др. Исследование показало, что проведение одного сеанса плазмафереза с удалением 1300 – 1500 мл плазмы и введением гипохлорита натрия оказалось оптимальным у большинства больных. Отмечалось клиническое улучшение состояния, стабилизация гемодинамических показателей. Это согласуется с мнением о том, что блокада селезенки, являющейся важным регионом макрофагальной системы, снимается одним сеансом плазмафереза. Последующий же регресс бактериального процесса связан с деятельностью деплазмированных фагоцитов и активированного фибринолиза. Введение в сосудистое русло гипохлорита натрия приводит к высвобождению активного кислорода и хлора, которые интенсивно окисляют гидрофобные токсические вещества и воздействуют на липидные структуры бактериальных клеточных мембран, нарушая их проницаемость. Кроме того, ионы OSI – способны влиять на активность окислительных ферментов и модифицировать их действие, изменяя, например, каталазную активность на пероксидазную. Подобным образом моделируется детоксикационная функция печени, в частности цитохрома Р-450. Гипохлорит натрия проявляет себя как высокоактивный антикоагулянт прямого действия и тромбоцитарный дезагрегант, улучшающий реологическое состояние крови и микроциркуляцию (Гаврилов А.О. и др., 1991; Гольдфарб Ю.С., 1995).

Таблица 1

Сравнительная характеристика лабораторных критериев эффективности терапии при применении различных методов детоксикации

Показатели	Норма	Исходные данные	Плазмаферез с введением ГХН	Общепринятая методика плазмафереза
Л.И.И., усл. ед	0,3–1,5	5,73 ± 0,95 $p < 0,05$	1,5 ± 0,6 $p < 0,05$	1,43 ± 0,15 $p < 0,05$
Нейтрофилы/лимфоциты	1,5–2,7	8,5 ± 1,27 $p < 0,05$	3,03 ± 0,29 $p < 0,05$	2,85 ± 0,02 $p < 0,05$
Время Ли-Уайта, мин.	5–7	1 гр. 2 ± 0,88 2 гр. 10 ± 3	4,8 ± 0,7	7,0 ± 1,5 $p < 0,05$
Протромбиновый индекс	0,7–1,1	1 гр. 1 ± 0,25 2 гр. 0,6 ± 0,1	0,7 ± 0,6 $p < 0,05$	0,8 ± 0,2 $p < 0,05$
Фибриноген А, г/л	1,7–3,5	1 гр. 2,2 ± 0,4 2 гр. 0,8 ± 0,3	2,3 ± 0,6 $p < 0,05$	1,9 ± 0,4 $p < 0,05$
Фибриноген В	–	1 гр. +++ 2 гр. ++++	+	++
Тромбиновое время (сек.)	14–16	1 гр. 8 ± 1,2 2 гр. 20 ± 5	14 ± 2 $p < 0,05$	16 ± 3 $p < 0,05$

Примечание: p – достоверность различий между исходными данными и данными, полученными во время проведения различных методов детоксикации.

Результаты исследования показали (табл. 1), что в первой группе больных лабораторные данные объективно приближались к норме после применения трех сеансов плазмафереза с использованием гипохлорита натрия.

Достоверно быстрее наступала стабилизация АД, ЧСС, ЦВД по сравнению с пациентами второй группы ($p < 0,05$). Во второй группе больных для нормализации клинических и лабораторных показателей требовалось 2–3 сеанса плазмафереза с плазмозекфузией 1000–1200 мл за один сеанс с интервалом до 2 суток.

Таким образом, использование у больных с инфекционно-токсическим шоком трех сеансов плазмафереза в сочетании с введением гипохлорита натрия позволяет значительно снизить степень интоксикации, нормализовать свертывающую систему крови и уменьшить время пребывания в палате интенсивной терапии на 2–3 дня. Предполагаемый метод сочетанной детоксикации существенно повышает эффективность комплексной терапии больных с инфекционно-токсическим шоком и может быть широко использован в клинической практике.

Литература

1. Бельских А.Н., Сизов Д.Н., Гуревич К.Я. // Эфферентная терапия. — 1995. — Т. 1. — С. 33–37.
2. Васильев Ю.Б., Гринберг В.А., Сергиенко В.И. и др. Электрохимические методы в медицине. — М: Медицина, 1991. — С. 4–7.
3. Закс И.О., Богоявленский И.Ф., Мартынов А.К. Гипохлорит натрия в дезинтоксикационной терапии // Анест. и реаним. — 1994. — № 2. — С. 22–24.
4. Лопаткин Н.А., Лопухин Ю.М. Эфферентные методы в медицине. — М.: Медицина, 1989. — С. 264–265.
5. Лопухин Ю.М. и др. // Эфферентная терапия. — 1996. — Т. 2, № 4. — С. 24.

ВЕНО-ВЕНОЗНАЯ ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

*И.Е. Голуб, Е.О. Диогенова, Л.В. Сорокина,
Е.С. Нетесин, Н.С. Плотнокова, Д.Е. Баглуева*

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный
медицинский университет» (г. Иркутск)

ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак почета» областная
клиническая больница № 1» (г. Иркутск)

Актуальность

Госпитальная летальность у больных тяжелым острым панкреатитом (ТОП) составляет 16–20 %, при развитии полиорганной недостаточности (ПОН) достигает 60 %.

Цель исследования — определить эффективность продленной гемофильтрации (ПГФ) в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом, сопровождающимся панкреатогенным перитонитом.

Материалы и методы

Проспективное контролируемое рандомизированное исследование проведено у 60 больных с деструктивным панкреатитом. 30 больных первой группы получали стандартное комплексное лечение, 30 больных второй группы получали стандартное комплексное лечение и ПГФ аппаратом Infomed HF 440, сосудистый доступ осуществляли при помощи двухпросветного катетера в бедренную вену, субституат (бикарбонатный буфер) вводили в режиме предилюции. Конвективная доза — 35 мл/кг/час. Объемная скорость кровотока — 200 (150;300) мл/мин. Критерии включения: пациенты с деструктивным алкогольным панкреатитом с оценкой по шкале Ranson более 4 баллов, APACHE II более 9 баллов, тяжесть полиорганной недостаточности по шкале SOFA более 4 баллов. Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании, продолжающееся кровотечение любой этиологии, рефрактерный септический шок, постреанимационная болезнь. Исследовали: Гарвардский стандарт, АД_{ср}, ЧСС, глюкоза, цитокины, лактат, pH, pCO₂, BE, SpO₂, 28-дневная летальность от любых причин, длительность пребывания в ОРИТ, длительность госпитализации, потребность в ИВЛ, наличие и продолжительность органной дисфункции, оценка степени риска смерти при развитии органной дисфункции методом расчета отношения шансов (ОШ). Статистическая обработка с учетом критерия Н Крускала-Уоллиса, тест согласованных пар W Уилкоксона и анализ Фридмана ANOVA. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

У всех пациентов установлен диагноз тяжелый сепсис. Наиболее частая дисфункция — острая дыхательная недостаточность, на втором месте — острое почечное повреждение, далее — коагулопатия, энцефалопатия и сердечно-сосудистая недостаточность. В 1 сут. в 1 и 2 группах обнаружено увеличение концентрации всех исследуемых провоспалительных цитокинов, особенно IL-1 α и TNF α , которые повышались в 4 и 5 раз, 4 и 6 раз соответственно (pH < 0,001). В 3-и сут. содержание в крови цитокинов в 1 и 2 гр. оставалось выше нормы (pH < 0,05). Концентрации IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF α были ниже у больных 2 гр., в сравнении с пациентами 1 гр. (pH < 0,05). Во 2 гр. концентрации IL-1 α и TNF α превышали норму (pH < 0,05), нормализовалось содержание в крови IL-6 и IL-8 (pH < 0,05) к 10-м сут. В 1-е сутки в 1 и во 2 гр. происходило выраженное снижение pH (pH = 0,00002). Концентрация лактата во 2 группе была значимо ниже, чем в 1 группе (pH = 0,018). Средние сроки пребывания в ОРИТ — 12,00 (5,00; 13,35) суток в 1 гр., сроки госпитализации 38,00 (29,00; 54,00) дней, тяжесть состояния APACHE II 16 (12;23), SOFA 6 (4;8), во второй группе 20 (7;31) APACHE II 18 (12; 25), SOFA 6 (4;8), $p = 0,003$. Госпитальная летальность 18 и 12, $p = 0,45$. Наибольший риск неблагоприятного исхода при развитии энцефалопатии ОШ = 18,86

(95 % ДИ 6, 45 – 58,03), при развитии острой сердечной и дыхательной недостаточности 12,87 (95 % ДИ 5,63 – 32,81) и 6,08 (95 % ДИ 2,34 – 25,63). Тяжесть по шкале APACHE II > 15 баллов, SOFA > 6 баллов увеличивают летальность ОШ 8,23 (95 % ДИ 2,67 – 25,94) и 4,89 (95 % ДИ 2,24–13,21).

Заключение

Диагностическими критериями раннего тяжелого острого панкреатита при поступлении являются: тяжесть состояния, оцененная по шкале APACHE II более 12 баллов, тяжесть острого панкреатита по шкале Ranson более 6 баллов, тяжесть полиорганной недостаточности по шкале SOFA более 4 баллов, а также повреждение двух и более органов. Пациентам с ранним тяжелым острым панкреатитом в составе комплексной интенсивной терапии показано раннее (1 – 2 сутки госпитализации) применение постоянной вено-венозной гемофильтрации (доза > 35 мл/кг/час).

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ У БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

*Е.Г. Григорьев, М.В. Сагах, В.И. Капорский,
Е.А. Чижова, Е.Э. Тюрюмина, Т.Н. Бойко*

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и
восстановительной хирургии» СО РАМН (г. Иркутск)

ГБУЗ «Иркутская Областная ордена «Знак почета»
клиническая больница», г. Иркутск

За последние годы отмечен рост заболеваемости острым панкреатитом, его инфицированными формами, осложненными забрюшинными нагноениями. Выбор оперативного доступа у пациентов на различных стадиях течения инфицированного панкреонекроза зависит от локализации гнойного процесса в забрюшинном пространстве и его распространенности.

В госпитальной хирургической клинике с 2000 по 2013 гг. на лечении находилось 899 пациентов с деструктивными формами острого панкреатита. Общая летальность остается высокой и достигает 26,8 %.

В случае развития таких осложнений острого панкреатита как инфицированная псевдокиста, парапанкреальный, параколярный абсцесс, одним из основных этапов в лечении является миниинвазивная хирургия с использованием методов диагностического изображения. Транскутанная пункция показана при абсцессах диаметром менее 4 см, не содержащих секвестров, не имеющих сообщения с просветом полого органа. При наличии абсцессов диаметром более 4 см показано миниинвазивное чрескожное дренирование под контролем УЗИ либо КТ. Таких манипуляций с 2000 г. в клинике выполнено 824.

Распространенное забрюшинное нагноение, распространенный гнойный перитонит, неэффективность парахирургического лечения, являются показаниями к традиционной хирургии инфици-

цированного панкреонекроза. У 210 пациентов в клинике выполнялись широкодоступные хирургические вмешательства. Выбор доступа и объема оперативного вмешательства определяется данными МСКТ живота с внутривенным усилением. Так, в частности, при правом (11,3 % наблюдений) или левом (42,2 % пациентов) типах гнойно-некротического парапанкреатита доступом выбора является подреберная лапаротомия с соответствующей стороны, в случае центрального (39,4 %) или смешанного (7,1 %) типа поражения необходимо выполнять срединную лапаротомию. Следует особо отметить, что нет четко определенных сроков, когда необходимо выполнять хирургическое вмешательство. Процесс МСКТ-мониторинга носит динамический характер (оптимальным интервалом, когда возможно оценить динамику развития гнойно-некротического поражения забрюшинного пространства является выполнение МСКТ каждые 7 – 10 сут). Хирургическая тактика включает в себя широкое вскрытие париетальной брюшины соответствующих участков зоны интереса, по возможности радикальное удаление девитализированных тканей (включая резекцию паренхимы самой поджелудочной железы, спленэктомию, некрсеквестрэктомию, а при наличии показаний и удаление пораженных сегментов ободочной кишки). Возможны варианты завершения первой операции программированным тампонированием забрюшинного пространства, выполнения ряда санационных релапаротомий.

Таким образом, хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза должно иметь строго индивидуальный подход и обеспечивать адекватную и полную санацию всех зон некротической деструкции и панкреатогенной инфекции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Д.А. Дороган, Г.Ф. Жигаев, С.М. Кузнецов,
А.Л. Агрызков, А.В. Лупсанов*

ФГБОУ ВПО «Бурятский Государственный
университет» (г. Улан-Удэ)

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный
медицинский университет» (г. Иркутск)

Актуальность темы

1. Заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков занимают одно из ведущих мест в патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Общий механизм биохимических нарушений и во многом сходная клиническая картина, основным проявлением которого является синдром холестаза, позволяют рассматривать эти патологические процессы в единой группе болезней, сопровождающихся билиарной обструкцией. Для восстановления желчеоттока применяются различные методы: папиллосфинктеротомия, на-

зобилиарное дренирование, механическая литотрипсия, баллонная гидродилатация, различные билиодигестивные анастомозы (Кузнецов С.М., Жигаев Г.Ф., Бобриков А.Н., Лужнов Н.П., 1990). Рост хирургической активности в связи с увеличением количества больных с заболеваниями желчевыводящей системы и желчного пузыря влечет за собой возрастание числа пациентов с неудовлетворительными результатами после операций на желчной системе и после холецистэктомии. Одной из причин неблагоприятных результатов хирургических вмешательств на желчных путях и желчном пузыре является развитие рубцовых стриктур до 90–97%. Несмотря на то, что авторы (Беганская Н.С., 2006; Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Ефанов М.Г., Олесов О.Д., 2009) рекомендуют накладывать билиодигестивный анастомоз шириной 2,0–2,5 см, выявлено сужение холедоходуоденоанастомоза в 70–80% наблюдений (Витебский Я.Д., 1988; Кузнецов С.М., Жигаев Г.Ф., Щербатых А.В., Маркелов А.А., 1992; Пешков Н.В., Палтусов А.И., 2002). Билиодигестивные анастомозы изменяют ритм желчеотделения, создают условия для восходящей инфекции в билиарной системе, что ведет к развитию рефлюкс-холангита (Витебский Я.Д., 1988; Кузнецов С.М., Жигаев Г.Ф., Щербатых А.В., Маркелов А.А., 1992; Пешков Н.В., Палтусов А.И., 2002). Применяемые в настоящее время большинством хирургов широкие билиодигестивные и энтероэнтероанастомозы не только не обеспечивают защиту от рефлюкса, но и ведут к постоянному «сбросу» в кишку вне периода пищеварения большей части желчи. В результате страдает переваривание и усвоение жиров, липидов, витаминов. Продольное рассечение кишки неизбежно ведет к билиоэнтеральному рефлюксу, особенно при дуоденальной гипертензии. Одной из частных причин механической желтухи является «вклиненные» камни дистальной части общего желчного протока. Чаще всего при этом выполняют либо продольную папилосфинктеротомию, либо наложение супрадуоденального ХДА. Обе операции не лишены существенных недостатков, вызывают немало осложнений, сопровождающихся летальностью до 10–15% (Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Ефанов М.Г., Олесов О.Д., 2009; Пешков Н.В., Палтусов А.И., 2002). Оставление так называемых «неуловимых» камней в общем желчном протоке и наложение при этом супрадуоденального ХДА приводят к созданию большого «слепого» мешка дистальнее ХДА. Застой содержимого в последнем является источником различных осложнений. Не решает эта операция и вопроса о свободном отведении панкреатического сока, т.е. сужение желчекишечного соустья также является причиной воспаления желчных путей, приводит к манифестации скрыто протекающего холангита. В этой связи реальным путем профилактики рефлюкс-холангита является формирование клапанного желчно-кишечного анастомоза после холецистэктомии и при стриктурах желчных протоков. Предложенное нами применение наиболее

эффективного дренирования желчных протоков при ПХЭС (холелитиаз в общем желчном протоке, длинной культы пузырного протока) в техническом отношении результата достигается тем, что выделяется оставленная длинная культя пузырного протока (длина культы 4,0 см), вскрываем и удаляем желчные камни, после чего убеждаемся в проходимости культы пузырного протока: обильное выделение желчи. Выполнялась дистальная холедохотомия, ревизия внепеченочных желчных путей, холедохолитотомия с поперечной инвагинационной цистикодуоденотомией.

Цель исследования: улучшение результатов лечения стриктур холедоха у больных с ПХЭС.

Материалы и методы

В работе анализируются результаты хирургического лечения 29 больных с ПХЭС, оперированных по поводу холедохолитиаза, механической желтухи. Возраст больных от 35 до 70 лет; пациенты пожилого и старческого возраста составляли 9 (31,1%). Соотношение мужского и женского пола составило 1 : 3. При обследовании пациентов до и после операции использовались традиционные клинико-лабораторные методы: УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС, зондовая и беззондовая дуоденография, при необходимости компьютерная томография органов брюшной полости. В лабораторных анализах у пациентов отмечалось повышение общего билирубина в крови от 80 до 480 мкмоль/л за счет превалирования непрямой фракции билирубина. При УЗИ органов брюшной полости выявлялось расширение холедоха до 1,5–2,8 см, расширены были также и внутрипеченочные желчные протоки (у 4 больных). При ФЭГДС чаще всего верифицировались атрофический антральный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс, несостоятельность пилорического жом. Гипотоническая дуоденография выполнена: беззондовая – у 21, зондовая – у 8 пациентов, и во всех случаях отмечались признаки хронического нарушения дуоденальной проходимости. У 6 больных проводилась ретроградная холангиопанкреатография. Способ формирования арефлюксного цистикодигестивного (дуодено) анастомоза осуществляется следующим образом. После выполнения верхнесрединной лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, находится гепатодуоденальная связка, выделяется холедох 10–12 мм и берется на держалки. Выполняется холедохотомия, проверяется проходимость последнего с помощью зондов для ревизии желчных протоков, при выявлении удаляются камни. После этого рану холедоха ушивают наглухо непрерывным швом атравматической нитью пролен 4/0. Выделяют оставленную культю пузырного протока (после холецистэктомии) из спаек, вскрывают ее концевой отдел, удаляют камни путем сдаивания желчных камней диссектором. Проходимость культы пузырного протока подтверждается обильным выделением желчи из последнего, вследствие внутрипротоковой гипертензии. Выполняется поперечная дуоденотомия длиной 0,5 см в супра-

дуоденальном отделе после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру-Сенчило-Явербаум. Культия пузырного протока погружается в просвет двенадцатиперстной кишки с наложением 4–5 серо-серозных швов атравматической нитью пролен 4/0. Операция заканчивается введением назодуоденального зонда для декомпрессии желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования и их обсуждение

Летальных исходов после оперативного вмешательства не было. Ранние послеоперационные осложнения общехирургического характера среди анализируемой группы больных встречались в 2 (6,8 %) случаях. У одного пациента послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационного шва лапаротомной раны, у второго – флеботромбоз левой голени. Осложнения были купированы консервативными методами. Специфических послеоперационных осложнений не было. Из 29 оперированных больных в сроки от 2 месяцев до 5 лет обследовано 16 (55 %), из них: амбулаторно – 12 (75 %), в условиях стационара – 4 (25 %) больных. Пациенты, поступившие на обследование в разные сроки после операции, чувствовали себя удовлетворительно. Особых жалоб не предъявляли, диету не соблюдали, повышения температуры тела, ознобов не отмечали. Для оценки состояния билиарной системы больных после формирования арефлюксных цистикоудоеноанастомозов, в различные сроки после операции выполнялось ультразвуковое исследование печени, внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, зоны билиарного анастомоза, гипотоническая дуоденография, беззондовая. Расширение желчных протоков не выявлено не в одном случае. У 9 пациентов выполнено рентгенологическое исследование: желудка, двенадцатиперстной кишки и начальных отделов тонкой кишки. Исследование проводилось в положении стоя, лежа на спине, животе и в положении Тренделенбурга. Заброса (рефлюкса) контрастной массы в желчные пути ни в одном случае отмечено не было. Биохимические анализы нормализовались на 8–12 сутки после операции. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что внедрение в клиническую практику методики формирования арефлюксного цистикоудоеноанастомоза позволяет предупредить рефлюкс кишечного содержимого в желчные пути и развитие восходящего воспаления в билиарной системе, органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Таким образом, проведенные исследования подтверждают арефлюксные функции цистикоудоеноанастомоза, который сохраняет свою герметичность в ближайшие сроки после операции, не стенозируется в отдаленные сроки наблюдения, сохраняет структуру в отдаленные сроки после операции, предупреждает «заброс» кишечного содержимого в желчные пути, служит профилактикой рефлюкс-холангита.

Выводы

1. Способ формирования арефлюксного цистикоудоеноанастомоза позволяет исключить в ранний послеоперационный период возникновение несостоятельности анастомоза, в отдаленные сроки наблюдения – рубцовой его структуры.
2. Цистикоудоеноанастомоз, арефлюксный надежно предохраняет желчные пути от «заброса» в них кишечного содержимого, служит профилактикой восходящего холангита и гепатита.
3. Применение арефлюксного цистикоудоеноанастомоза у больных с ПХЭС, холелитиазом, механической желтухой способствует их ранней социальной и трудовой реабилитации.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ

*В.Ф. Дыдыкин, В.В. Ковшов, П.А. Белозерцев,
А.С. Фадеев, В.И. Сагков, Е.К. Быргазова*

ОГАУЗ «Ангарская городская больница № 1» (г. Ангарск)

Проблема хирургического лечения одонтогенных флегмон, осложненных гнойным медиастинитом является одним из наиболее сложных разделов челюстно-лицевой хирургии, что обусловлено возрастом за последнее десятилетие числа больных с данной патологией, особой агрессивностью и системностью воспалительной реакции, высокой летальностью (Абакумов М.М., Погодина А.Н., Бармина Т.Г. и др., 2001; Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи, 2002). Другая не менее значимая проблема обусловлена спецификой хирургической анатомии головы, шеи и средостения, необходимостью сочетать радикальную санацию гнойных очагов с обеспечением адекватной протекции дыхательных путей.

Цель исследования: анализ тактических приемов хирургического лечения пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и шеи, осложненных контактным гнойным медиастинитом.

Материал и методы

В отделении челюстно-лицевой хирургии ОГАУЗ «АГБ № 1» г. Ангарска с 2008 по 2013 гг. находилось на лечении 11 пациентов с флегмонами глубоких клетчаточных пространств головы и шеи, осложненных медиастинитом. Среди них мужчин было 9 (81,8 %), женщин – 2 (18,2 %), в возрасте от 24 до 71 года. По отношению к общему количеству больных с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи, находившихся в этот период на лечении, они составили 0,6 %. У 9 больных имел место передний медиастинит, у 2 – тотальный. Причиной контактного медиастинита у 6 больных были флегмоны

крылочелюстного и окологлоточного пространств с распространением в паротрахеальную клетчатку, у 5 — разлитые гнилостные флегмоны дна полости рта с распространением на клетчатку подъязычно-щитовидно-надгортанного пространства, боковую стенку гортани и претрахеальную клетчатку (у двух из них распространение флегмоны в глубоких пространствах шеи протекало с обеих сторон). 3 пациента имели сопутствующую патологию: сахарный диабет, ХСН. Наиболее частыми осложнениями явились: двусторонняя пневмония (2 наблюдения), эмпиема плевры (1), перикардит (1). Во всех случаях больные поступили в отделение на 4—8 сутки с момента появления первых клинических признаков инфекционно-воспалительного процесса. Все больные оперированы по экстренным показаниям в первый день поступления в стационар с предварительной инфузионной подготовкой. Операции проводились под общим обезболиванием. У 6 больных под трасларингеальной интубацией с переводом на вентиляцию через наложенную трахеостому в конце вмешательства, у 5 больных трахеостомия проведена в начале операции. В 5 случаях широкое вскрытие и дренирование клетчаточных пространств дна полости рта и шеи сопровождали колярной медиастинотомией по В.И. Разумовскому, в 6 — по методике В.Г. Центило (Центило В.Г. Способ медиастинотомии при осложнениях флегмон дна полости рта // Патент РФ № 2102020, 1998). Эмпирическая антибактериальная терапия заключалась в назначении с самого начала антибиотика широкого спектра действия в максимальных дозировках, а также производных метронидазола. Активно использовали методы экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, РУФОСК).

Результаты и их обсуждение

Наиболее серьезной проблемой на начальном этапе оперативного вмешательства является необходимость проведения обезболивания на управляемом дыхании. Считаем трахеостомию в ряде случаев методом выбора. Обоснованность ранней трахеостомии особенно очевидна в случаях, когда разлитой гнойно-воспалительный процесс приводит к надсвязочному стенозу дыхательных путей, и когда необходима длительная протекция дыхательных путей в послеоперационном периоде. Наличие трахеостомы позволяет более эффективно и с меньшими осложнениями у больных в послеоперационном периоде осуществлять искусственную вентиляцию легких, более качественно проводить санацию полости рта и ротоглотки.

Для вскрытия флегмоны шеи предпочтение отдавали колярной медиастинотомии по В.И. Разумовскому. Используя этот доступ, возможно широко вскрыть и дренировать все анатомические пространства переднего и бокового отделов шеи: сосудисто-нервного пучка, заглоточного, пре- и ретровисцерального, межжапоневротического супрастернального, а также верхних отделов переднего и заднего средостения. При флегмонах дна полости рта с распространением гнойно-вос-

палительного процесса на клетчатку подъязычно-щитовидно-надгортанного пространства, а затем под щитоподъязычную мембрану, на боковую стенку гортани и оттуда по претрахеальной клетчатке в переднее средостение медиастинотомию проводили по методике В.Г. Центило (1998). Метод безопасен в смысле повреждения внутренней яремной вены, блуждающего нерва и позволяет обеспечить адекватный дренаж гнойного процесса на всем его протяжении. С учетом возможного риска при радикально вскрытых флегмонах шеи в сочетании с трахеостомией развития гнойного трахеобронхита, разрезы в нижних отделах шеи проводили дугообразно, обводя трахеостомную рану и изолируя ее от открытых гнойных полостей подвернутыми кожными лоскутами.

У 8 (72,7 %) больных лечение было успешным. Средний койко-день составил 25 суток. Умерло трое больных (27,3 %), с досуточной летальностью — 1 (9 %), у которого уже на момент госпитализации развились тяжелые гнойно-септические осложнения.

Выводы

Успех хирургического лечения больных с одонтогенными флегмонами, осложненными контактным гнойным медиастинитом, зависит от рационального сочетания оперативного доступа к очагу инфекции с адекватным поддержанием проходимости верхних дыхательных путей на протяжении всей операции и послеоперационного периода.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

А.В. Дыдыкин, Е.С. Бреус

ОГАУЗ «Ангарская больница скорой медицинской помощи» (г. Ангарск)

Эффективность результатов хирургического лечения грыж диска поясничного отдела позвоночника определяется рядом условий. По данным Н.Е. Полищук и соавт. (2002) взаимоотношения локализации грыж дисков и их связь со структурами нервного корешка и дурального мешка влияют не только на клиническую картину, но и на результат оперативного вмешательства. Результаты лучевых методов диагностики (КТ, МРТ), необходимых для выбора оперативного подхода не всегда однозначны (Alyas F., 2007). Бывают случаи, когда установить разрыв задней продольной связки можно только во время операции. Более того, интрадуральная локализация грыжи также может быть операционной находкой.

Целью работы явился выбор функционально обоснованной тактики хирургического лечения грыж диска на уровне поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы

За период с 2009 по 2013 гг. 252 больным проведено хирургическое лечение грыж поясничного

отдела позвоночника. Диагностику проводили на основании клинической картины, КТ-миелографии (КТМГ) и МРТ. По данным КТМГ И МРТ определялись компримирующие фрагменты межпозвоночного диска. Грыжевые выпячивания на уровне L4 – L5 выявлены в 109 (43,4 %) случаях, на уровне L5 – S1 – у 123 (48,9 %) больных, значительно реже оказывалось выпячивание дисков на уровне: и L3 – L4 – 20 (7,9 %) наблюдений. У 98 больных отмечали малые грыжи (уменьшение позвоночного канала на 0 – 10 %), у 106 – средние (> 10 – 20 %), у 46 – большие (> 20 %). О состоянии стабильности фиброзного кольца и задней продольной связки судили по косвенным признакам данных МРТ. Картина грыжи с широким основанием давала основание судить о вероятной стабильности задней продольной связки и фиброзного кольца. По узкой ножке основания судили о возможном повреждении фиброзного кольца и задней продольной связки. Такие данные наблюдали на МР-томограммах 36 больных.

Во всех случаях выполнен стандартный интра-ламинарный и трансламинарный задний доступ. При интраоперационном обследовании выявлены перфорация задней продольной связки и фиброзного кольца у 53 пациентов. 199 больным с неповрежденной задней продольной связкой выполнена пункционная лазерная поликанальная вапоризация грыжевого выпячивания (использовали диодный лазер «лахта-милон»). В случае выявления повреждения задней продольной связки и фиброзного кольца – 53 пациента, проводили инструментальную микродискэктомию.

Результаты

Анализ результатов предоперационного и интраоперационного обследования показали, что в 17 (32 %) из 53 случаев КТМГ и МРТ даже с учетом косвенных признаков не дали достоверную картину состояния задней продольной связки и фиброзного кольца.

Результаты лечения после операции и в отдаленные сроки оценивали по динамике 5 основных критериев: корешковая боль, поясничная боль, двигательный дефицит, нарушения болевой чувствительности, тазовые расстройства.

В группе больных, оперированных с помощью пункционной лазерной технологии, в 164 (82,4 %) наблюдениях отмечен стойкий регресс неврологической симптоматики – болевого синдрома, тонико-рефлекторных нарушений, симптомов натяжения – уже в раннем послеоперационном периоде. В 29 (14,5 %) случаях больные отмечали явное улучшение общего состояния, восстановление трудоспособности при сохранении незначительных

болевых ощущений в поясничной области (хороший результат). В 6 (3,0 %) случаях исходы лечения следует признать удовлетворительными.

У больных, оперированных инструментальной микродискэктомией – отличные результаты наблюдали – в 13 (24,5 %), хорошие – в 29 (54,7 %), удовлетворительные – в 8 (15,0 %), неудовлетворительные – 3 (5,6 %) наблюдениях.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

В.Ф. Дыдыкин, А.Ф. Скоробогатов, В.М. Борисов, С.Н. Кучин

ОГАУЗ «Ангарская городская больница № 1» (г. Ангарск)

Вопрос о гайморитах одонтогенного происхождения заслуживает самого серьезного внимания и представляет большой практический интерес. Число пациентов с верхнечелюстным синуситом одонтогенной этиологии составляет 7 – 21,3 % от их общего числа (Сысолятин С.П. и соавт., 2000). За последние годы накоплен богатый клинический опыт, существенно расширились познания в понимании этого заболевания, вместе с тем, в проблеме лечения верхнечелюстного синусита остается много нерешенных вопросов. Так, многие авторы отмечают рост послеоперационных осложнений, которые составляют от 30 до 50 % (Сысолятин С.П., 2000; Павленко А.В., 2007; Legert K.G., 2004). Во многом это обусловлено отсутствием единой концепции в лечении данного заболевания. Вопрос об объеме вмешательства при одонтогенном гайморите сегодня вызывает основные дискуссии.

Цель исследования – определить частоту рецидивов после гайморотомии у больных с верхнечелюстным одонтогенным синуситом и зависимость их от патогенеза заболевания и характера лечебных мероприятий.

Материалы и методы

Изучены результаты хирургического лечения верхнечелюстного синусита у больных в отделении челюстно-лицевой хирургии ОГАУЗ «АГБ № 1» г. Ангарска по данным 104 историй болезни за период 2011 – 2013 гг.

В зависимости от причины, вызвавшей верхнечелюстной синусит, больные были распределены на 6 групп, данные о которых представлены в таблице 1.

Из всех больных одонтогенным гайморитом проведено хирургическое лечение 76 (73,1 %). Консервативное лечение проведено 28 (26,9 %) больным из группы № 3.

Таблица 1

Причины, вызвавшие одонтогенный гайморит

Причины верхнечелюстного синусита и к-во больных в группах				Итого
Группа № 1 Перфорация или свищ гайморовой пазухи	Группа № 2 Иностранное тело в гайморовой пазухе	Группа № 3 Разные формы периодонтита	Группа № 4 Одонтогенные кисты	104
35	12	48	9	

В первой группе проведена пластика соустья в сочетании с санацией пазухи 23 (65,7 %) больным, пластика соустья с гайморотомией 12 (34,3 %). Во второй группе всем больным проведена гайморотомия. Из них 10 (83,3 %) больным проведена щадящая гайморотомия с устранением патологического процесса в ограниченном участке пазухи, 2 (16,7 %) — радикальная. В третьей группе из 20 оперированных больных радикальная гайморотомия с удалением причинного зуба проведена 6 (30 %) пациентам. В четвертой группе всем больным проводилась цистэктомия в сочетании с радикальной гайморотомией.

Результаты исследования и их обсуждение

Рецидив заболевания наблюдали у 19 (18,3 %) больных, из них 11 (39,3 %) — после консервативного лечения. В первой группе повторное вмешательство проводилось 4 (11,4 %) больным. В третьей — 3 (6,25 %), в четвертой — 1 (11,1 %). Во второй группе рецидивов не было.

Следует отметить, что рецидив в третьей группе больных, получивших консервативное лечение, очевидно связан с необоснованным выбором данного вида лечения. Повторные вмешательства в остальных группах были вызваны не столько неудовлетворительно выполненной операцией, сколько наличием длительного и стойкого хронического воспаления.

Выводы

При анализе имеющихся данных наибольший процент осложнений приходился на группу больных с консервативным лечением верхнечелюстного синусита. Не было рецидивов в группе больных, оперированных по поводу инородных тел гайморовой пазухи. Наименьшее количество повторных оперативных вмешательств было у пациентов с одонтогенным гайморитом, вызванным одонтогенной кистой. Очевиден также факт, что вероятностью осложнений зависела как от значимости этиопатогенетического фактора, так и от адекватности выбранного способа лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

И.А. Замбылова

ГБУЗ Центральная районная больница
(с. Новонкутский)

В условиях хирургического отделения Нукутской ЦРБ проведена ненатяжная герниопластика 10 пациентам с послеоперационными вентральными грыжами. Все женщины с избыточным весом, средний возраст — 53 года. По локализации верхнесрединные — 3, нижнесрединные — 7. По размерам большие грыжи отмечались у 6. Рецидивные грыжи — в 4 случаях. Для замещения дефекта передней брюшной стенки применялась полипропиленовая сетка отечественного производства. Комплекс обследования включает дополнительно обследование живота: УЗИ органов брюшной

полости, малого таза, ФГДС, ФКС, консультация гинеколога.

Иссечение послеоперационного рубца производила в пределах, позволяющих сопоставить края кожи без натяжения. Пластика брюшной стенки без вскрытия грыжевого мешка выполнена в 3 случаях. Вскрытие грыжевого мешка проведено при рецидивных и невоспаленных грыжах с последующим удалением грыжевого мешка. После чего апоневроз ушивался однорядным узловым швом. Далее сетка выкраивалась с учетом грыжевых ворот и с заходом за их края до 4–5 см, устанавливалась по методике «on lay». Для фиксации во всех случаях использовалась полипропиленовая нить с наложением отдельных узловых швов по всей поверхности в шахматном порядке. Операция заканчивалась послойным ушиванием раны и дренированием подкожно-жировой клетчатки по Редону.

В послеоперационном периоде обязателен эластичный бандаж. Обезболивание проводилось в течение первых суток, антибактериальная терапия по показаниям. Дренаж удалялся на 2–3-и сутки.

Результаты

1. Серома отмечалась у 1 пациентки, купирована за время нахождения в стационаре.
2. Нагноений, летальных исходов после операции не наблюдалось.
3. Рецидивов грыж не было: данные наблюдения за пациентами от 6 месяцев до 2,5 лет.

Выводы

Применение сетчатых аллотрансплантатов позволяет улучшить результаты лечения послеоперационных грыж, особенно у пациентов с избыточным весом и истонченным мышечно-апоневротическим слоем.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

И.А. Замбылова

ГБУЗ Центральная районная больница
(с. Новонкутский)

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день является распространенным заболеванием. Современный подход к лечению данной патологии позволил значительно сократить количество хирургических вмешательств при язвенной болезни, однако ее осложнения до сих пор требуют лечения в условиях хирургического стационара.

Проведен анализ 56 историй болезни пациентов, пролеченных в Нукутской ЦРБ в 2011, 2012, 2013 гг. с осложнениями язвенной болезни. Из них пролечено с гастроудоденальными кровотечениями 45 человек. Причинами кровотечений были эрозии желудка (6 пациентов), хронические язвы желудка (13), хронические язвы двенадцатиперстной кишки (26). Все больные госпитализированы в экстренном порядке, причем позже 24 часов с момента

появления первых признаков кровотечения. При поступлении проводилась инфузионно-корригирующая терапия, параллельно — подготовка к эзофагогастродуоденоскопии, включающая в себя премедикацию и промывание желудка холодной водой. Разрывы слизистой оболочки кардиального отдела желудка диагностированы у 6 больных, хронические язвы желудка — у 13, хронические язвы ДПК — у 26. Выбор дальнейшей лечебной тактики определялся интенсивностью кровотечения, степенью тяжести кровопотери, тяжестью состояния пациента, возрастом пациента, наличием сопутствующей патологии, а также с учетом эндоскопической диагностики.

Отсутствие язвенной болезни в анамнезе, грубых анатомических изменений в язве, стеноза при эндоскопическом исследовании являлось показанием к консервативной терапии. Назначалась гемостатическая, антибактериальная, противоязвенная терапия, состоящая из ингибиторов протонной помпы «Лосек» и H2-блокаторов «Квамател». Продолжалась инфузионно-корригирующая терапия. Повторная эзофагогастродуоденоскопия проводилась через 12–24 часа. Рецидива кровотечения не наблюдалось.

По экстренным показаниям оперирована 1 пациентка. Показанием к оперативному лечению явилось продолжающееся кровотечение (по данным эндоскопической диагностики) из хронической язвы желудка и тяжесть состояния.

Несмотря на выбор лекарственных препаратов для лечения язвенной болезни желудка, ДПК, доступность эндоскопической диагностики, не уменьшается количество пациентов с перфорациями язвенной болезни желудка, ДПК. Госпитализированы 11 больных. Все поступили в экстренном порядке в первые часы от начала заболевания. У 7 пациентов прослеживался язвенный анамнез, отсутствие эзофагогастродуоденоскопии и консервативной терапии в течение последних 2 лет. Учитывая молодой возраст, всем проведено ушивание язвы, санация брюшной полости. В послеоперационном периоде проведена антибактериальная, обезболивающая, противоязвенная, инфузионно-корригирующая терапия. После стабилизации состояния и перед выпиской контрольная эзофагогастродуоденоскопия проведена всем пациентам. Осложнений не было.

Средняя продолжительность лечения составила 9,7 койко-дней, из них в ПИТиР — 1,2 койко-дня. Летальности среди пациентов, получивших консервативную терапию, нет. Из оперированных умерла 1 пациентка. Причиной смерти явился декомпенсированный геморрагический шок, тяжелая сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы. Все пациенты после выписки направлены к участковому терапевту.

Выводы

1. При лечении больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ослож-

ненных кровотечением, консервативные методы лечения являются эффективными.

2. Необходимо своевременное направление на эндоскопическую диагностику пациентов с язвенным анамнезом, болями в верхней половине живота для исключения язвенной болезни желудка, ДПК, профилактики их осложнений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРАВМАТИЗМА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБРАЩАЕМОСТИ В НУКУТСКУЮ ЦРБ

И.А. Замбылова

ГБУЗ Центральная районная больница (с. Новонукутский)

При анализе историй болезни больных, пролеченных в хирургическом отделении Нукутской ЦРБ в 2011–2013 гг., выявлено 596 с травмами различной локализации (табл. 1), что составляет 36 % от общего количества пролеченных больных за 2011–2013 гг. (1654).

Таблица 1

Количество больных с травмами различной локализации, пролеченных в хирургическом отделении Нукутской ЦРБ в 2011–2013 гг.

ДТП	73	муж – 44, жен – 29
Падение с высоты	47	муж – 40, жен – 7
Спортивная травма	5	муж – 4, жен – 1
Отморожения	25	муж – 21, жен – 4
Ожоги	69	муж – 44, жен – 25
Патологические переломы	4	муж – 4
Колото-резаные раны	75	муж – 67, жен – 8
Побои и избиения	44	муж – 34, жен – 10
Суициды	6	муж – 5, жен – 1
Анамнез неизвестен	19	муж – 15, жен – 4
Производственные травмы	10	муж – 10
Прочие (укусы собак, змей и т.д.)	9	муж – 4, жен – 5
Падение в быту	187	муж – 143, жен – 44
Последствия травм	23	муж – 12, жен – 11
ИТОГО	596	муж – 447, жен – 149

Наиболее частыми являются травмы, полученные в результате падения в быту — 187 (31 %) пострадавших. На втором месте находятся травмы, полученные в результате ДТП — 73 (12 %), падения с высоты — 47 (8 %), побои и избиения — 44 (7 %) пострадавших. С ожогами поступили — 69 (11,5 %), с отморожениями — 25 (4 %).

75 (12,5 %) больных поступили с колото-резанными ранами, проникающими или непроникающими в полости. Анамнез неизвестен у 19 (3 %) пострадавших.

10 (1,7 %) человек поступили с полученной травмой на производстве, 5 (0,8 %) — со спортивной

травмой, 23 (4 %) больных находились на стационарном лечении с последствиями травм. Мужчин, получивших травмы, пролечено 447 (75 %), женщин — 149 (25 %).

Из вышеизложенного следует:

1. Наиболее распространенной причиной получения травмы является падение в быту.
2. Колото-резанное ранение и ДТП — вторая по распространенности получения травм.
3. Больше всего пострадавших женщин получило травмы во время побоев и избиений — 44 (7 %).

УЩЕМЛЕННЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

Л.Н. Иванова

ОГБУЗ «Слюдянская центральная районная больница»
(г. Слюдянка)

Несмотря на значительные достижения в хирургии повреждений груди и живота, диагностика и лечение ущемленных посттравматических ДГ является сложным разделом хирургии.

Трудность диагностики ПДГ связаны с низкой настороженностью врачей в отношении данной патологии, что связано прежде всего с отсутствием ранней выявляемости данной патологии на догоспитальном этапе. Частота развития травматических ДГ по литературным данным составляет 2 — 3 %. Они составляют 13 % от всех ДГ. Средний срок давности существования ПДГ до момента ее диагностики составляет 13 лет. При этом выявить ее удается при странгуляции и перфорации ущемленных в ней органов, когда она протекает под маской различной ургентной абдоминальной патологии. Среди всех пациентов с ПДГ чаще встречается левосторонняя локализация, и лишь 11 — 14 % — с правосторонней локализацией, что связано с амортизирующим действием печени во время травм. Средний возраст пострадавших 27 — 32 года.

Клинический интерес представляют приведенные мною случаи успешного лечения и диагностики пациентов с ущемленными левосторонними и правосторонней ПДГ.

За период с 2007 по 2012 гг. среди 56 оперированных пациентов с ущемленными грыжами два случая с ущемленной ДГ.

Привожу клиническое наблюдение.

Больной П. 47 лет доставлен скорой помощью. Заболел остро, после физической нагрузки 4 часа назад. Появились сильные боли в животе, тошнота, рвота, затрудненное дыхание. В анамнезе 3 года назад колото-резанное ранение грудной клетки слева.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, ослабленное в н/отделах слева. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс 88 в мин.

Язык обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации по левому фланку живота. Перитонеальных явле-

ний нет. Газы не отходят. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные чаши Клойбера на локальном участке слева. С диагнозом: острая кишечная непроходимость взят на операцию. 10.02.07 г. срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости.

В брюшной полости выпота нет, обнаружена на расстоянии 1,5 м от связки Трейтца петля тонкой кишки, натянутая, идущая к диафрагме слева и уходящая в плевральную полость. Диафрагма рассечена латерально, свободно извлечена из плевральной полости некротизированная до 70 см петля тонкой кишки, которая резецирована на 40 см проксимально и на 10 см дистально, наложен анастомоз конец-в-конец. Диафрагма ушита двухрядными швами, брюшная полость дренирована. Торакоцентез в 7—8 межреберье по задней аксилярной линии с дренированием левой плевральной полости. Послеоперационный диагноз: ущемленная травматическая диафрагмальная грыжа с некрозом петли тонкой кишки. Выписан на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Пациент Ч. 23 лет поступил после 10 часов заболевания. Внезапно, после тяжелой физической нагрузки появились сильные боли в животе, затрудненное дыхание. Позднее перестали отходить газы, не было стула. Выяснено, что два года назад перенес колото-резанное ранение грудной клетки слева. На обзорной рентгенограмме брюшной полости — баллонообразные раздутые петли толстого кишечника. Выставлен диагноз: толстокишечная обтурационная непроходимость. Назначены были инфузионная терапия, медикаментозная стимуляция кишечника, очистительная клизма с ощущением препятствия введению, после которой отошла введенная жидкость со слизью. И только через час сделана рентгенография грудной клетки, обнаружена в левой плевральной полости петля толстой кишки выше купола диафрагмы (рис. 1).

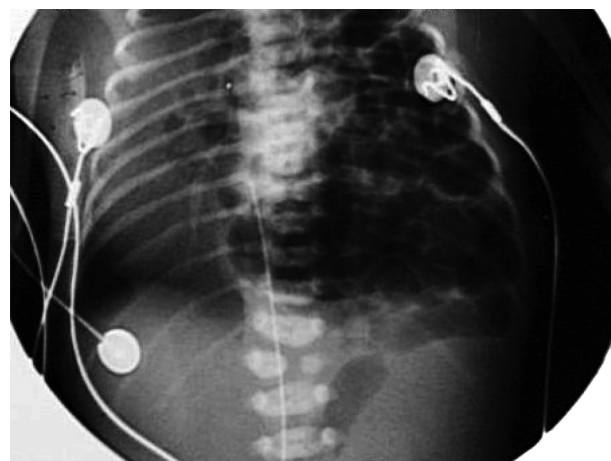


Рис. 1. Рентгенография грудной клетки пациента Ч. 23 лет.

С диагнозом: Ущемленная диафрагмальная с ущемлением левой половины ободочной кишки взят на операцию. 15.06.10 г. операция — срединная лапаротомия. В брюшной полости жидкости

нет. Левая половина поперечно-ободочной кишки и прядь большого сальника уходят в плевральную полость слева. Диафрагмальное ущемляющее кольцо рассечено латерально, свободно выведена из плевральной полости петля толстой кишки, жизнеспособна, прядь большого сальника припаяна к диафрагме, спайки рассечены, сальник погружен в брюшную полость. Плевральная полость дренирована двумя дренажами, установленными по переднему и заднему скатам диафрагмы в 7–8 межреберьях. Диафрагма ушита с формированием дубликатуры. Дренирование левого поддиафрагмального пространства. Послеоперационный период прошел без осложнений. Выписан на 11-е сутки.

3-й случай интересен и поучителен в плане диагностики ТДГ с эпизодами ущемления, сопровождавшимися острым расширением желудка.

Пациентка К. 53 лет поступила в марте 2013 г. с жалобами на нечастую рвоту, слабость, чувство тяжести в животе. Болея 6 часов, накануне падения на улице, прием пищи и БАД с целью похудения. Объективно: состояние средней тяжести, повышенного питания. Грудная клетка правильной формы, перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное. АД 90/40 мм рт. ст. Пульс 98 уд. в мин. Язык сухой. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Перитонеальных симптомов нет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости гомогенное затемнение. Установлен назогастральный зонд. Одновременно эвакуировано из желудка до 10 литров жидкого отделяемого из желудка.

Заподозрено острое расширение желудка, стеноз выходного отдела желудка? Дан сульфат бария через рот. Желудок огромных размеров, опускается в малый таз, не перистальтирует. Выставлен диагноз: острое расширение желудка. Лечение в ПИ-ТиР. Консервативная терапия водно-электролитных нарушений и восстановления моторики и тонуса желудка успешны. При фиброгастроскопии, выполненной через двое суток, изменений со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки не выявлено.

Через 6 месяцев поступает повторно с клиникой острого расширения желудка. При рентгенологическом исследовании в положении Тренделенбурга выявлено, что часть дна желудка расположена выше диафрагмы, в то время как пищеводно-кардиальный угол сохранен. Назначена консервативная терапия с назогастральной интубацией.

При повторном рентгенологическом исследовании через 12 часов дальнейшего пассажа бария и кардио-эзофагеальной части желудка обнаружено, что петли толстого кишечника «подтянуты» к правому куполу диафрагмы, выше диафрагмы части желудка нет. С диагнозом: травматическая параэзофагеальная грыжа направлена на КТ в ОКБ. По КТ обнаружен дефект правого купола диафрагмы до 6 см. В дальнейшем пациентка успешно оперирована в ОКБ. Послеоперационный диагноз: травматическая диафрагмальная грыжа справа.

Заключение

- Приведенные клинические случаи демонстрируют, что локализация ПТДГ разнообразна.
- Ущемление ТДГ протекает тяжело, под маской других острых заболеваний брюшной полости.
- Для улучшения результатов лечения ПТДГ необходимо проводить обследование всех пациентов с торакоабдоминальными травмами с целью ранней диагностики данной патологии и оперативного лечения в плановом порядке.
- Для врача urgentной хирургии необходимо всегда помнить о данной сравнительно редкой патологии.

Литература

1. Абакумов М.М., Ермолова И.В., Погодина А.И. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы // Хирургия. — 2000. — № 7. — С. 28–33.
2. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаева Н.О. Хирургия диафрагмы. — М., 1966.
3. Хирургические болезни: учебник / Под ред. М.И. Кузина. — 3-е изд. — М., 2002.
4. Плеханов А.Н. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2012.

ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Ш.Д. Исхаков, А.А. Чирик, М.В. Родионова, А.Н. Шишкина, А.В. Грязнов, В.В. Лавренчук

ГБУЗ «Иркутская областная орден «Знак почета» клиническая больница» (г. Иркутск)

Гранулематоз Вегенера — это тяжелое общее заболевание из группы системных васкулитов, для которого характерно гранулематозное поражение в первую очередь верхних дыхательных путей, легких и почек. Заболевание названо в честь F. Wegener, который впервые описал его в 1936 г.

Распространенность данного заболевания составляет 3 случая на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на возраст 40–50 лет, чаще болеют женщины. Этиология гранулематоза Вегенера остается в значительной мере неясной, связывается с алергизацией дыхательных путей микробными антигенами, в частности золотистого стафилококка, сенсбилизация к которому выявляется у этих больных. В основе патогенеза гранулематоза Вегенера лежат комплекс иммунных механизмов, гиперчувствительность замедленного типа микробного, медикаментозного или другого происхождения.

По данным различных авторов, частота поражения уха при гранулематозе Вегенера различна: от 14,5 до 40 %. Судя по литературным данным, у больных наблюдаются различные изменения: стойкий катаральный средний отит, острый гнойный средний отит, спонтанно возникающая сенсоневральная тугоухость, которую связывают с так называемым гранулематозным лабиринтитом и т.д.

Пациентка А. 56 лет, поступила в ЛОР отделение ГБУЗ ИОКБ 17.10.12 г. с жалобами на головную