

Научные статьи

014. ДИНАМИКА РАБОТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ ЗА 5-ТИ ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова, М.В. Потапова, Л.Ф. Сабиров, Э.Б. Фролова, Н.Б. Амиров, З.М. Галеева, 2012 г.

Лэйлэ Равиловна Абсалямова, заведующая отделением гастроэнтерологии клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан», тел. (843) 291-26-85

Ирина Анатольевна Гималетдинова, врач отделения гастроэнтерологии клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 291-26-85

Марина Вадимовна Потапова, к.м.н., начальник МСЧ МВД России по Республике Татарстан, полковник внутренней службы, тел. (843) 291-36-87,

Ленар Фарахутдинович Сабиров, к.м.н., начальник клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 277-88-84,

Эльвира Бакеевна Фролова, зам. начальника клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 291-26-82,

Наиль Багауевич Амиров, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, тел. (843) 291-26-76)

Зарина Мунировна Галеева, к.м.н., доцент кафедры терапии Казанской государственной медицинской академии, тел. (843) 291-26-85

Реферат: в статье отражена деятельность гастроэнтерологического отделения клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 5 лет с 2007 года по 2011 года. Приводятся примеры из клинической практики. Установлено, что для оптимизации деятельности гастроэнтерологического отделения при обследовании и лечении пациентов – сотрудников органов внутренних дел необходимо следовать рекомендациям, принятым в системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: гастроэнтерология, оптимизация, клинические примеры, ОМС.

Summary: This article covers the activity of the clinical hospital gastroenterology department Medical Unit Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for 5 years from 2007 to 2011. Examples from clinical practice are given. Found that the optimization of the gastroenterology department at the examination and treatment of patients - police officers must follow the recommendations, accepted in the compulsory health insurance.

Keywords: gastroenterology, optimization, clinical examples, compulsory health insurance.

Распространенность гастроэнтерологических заболеваний (язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, холецистита, панкреатита, синдрома раздраженного кишечника, колита, злокачественных новообразований ЖКТ) среди обслуживаемого контингента МСЧ МВД России по РТ за последние годы существенно увеличилась, что выдвинуло данную патологию на ведущие ранговые позиции среди других групп болезней. По данным некоторых авторов за последние 20 лет в России в 5 раз возросла частота регистрации заболеваний органов пищеварения психосоматического генеза, в 2 раза увеличилась доля хронического гастродуоденита и язвенной болезни по причине наследственной отягощенности. На 68% увеличилось число функциональных нарушений желчевыделительной системы, как сопутствующей патологии. Основными этиологическими факторами данного класса заболеваний ученые считают нарушение режима и качества питания, аллергические агенты, а также социально-психологический и эмоциональный стресс. Распространенность указанных причин также имеет отчетливую тенденцию к увеличению на современном этапе. Большое медико-социальное значение болезней органов пищеварения, связано, в том числе, с серьезным влиянием данной патологии на качество жизни пациентов [1].

Гастроэнтерологическое отделение МСЧ МВД России по РТ осуществляет следующие функции:

1. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

3. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

4. Проведение комплексного курсового лечения больным с применением современных медицинских технологий.

5. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности сотрудников МВД России по РТ и решение вопроса о направлении их на медико-социальную экспертизу.

Гастроэнтерологическое отделение работает согласно принятым стандартам лечения и диагностики Министерством здравоохранения РТ (приказ № 820 от 22 июня 2009г). В отделении получают квалифицированное лечение больные язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, острыми и хроническими заболеваниями печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника, а также заболеваниями других органов. Пациентов отделения при необходимости консультируют сотрудники кафедры терапии КГМА и кафедры ОВП КГМУ. Оснащенность лекарственными средствами приближается к 100%, а

пациентам в большей мере доступны необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования. Лечение пациентов в условиях стационара позволяет под наблюдением врача подобрать пациенту адекватную терапию, выработать приверженность пациента подобранным медикаментам, проследить за появлением аллергических реакций или иных форм лекарственной непереносимости. Основная задача, которую ставит перед собой врач - это улучшение качества жизни пациента.

Краткий обзор наиболее распространённых заболеваний, встречающихся в гастроэнтерологическом отделении.

Хронический панкреатит – это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы продолжительностью более 6 месяцев, обычно проявляющийся болями и диспепсическими явлениями, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости её протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзокринной и эндокринной функции.

Хронический панкреатит достаточно частое заболевание: в России заболеваемость панкреатитом составляет 8-9 новых случаев на 100 000 человек населения.

Хронический холецистит – это воспаление стенки желчного пузыря, вызванное длительным раздражением либо камнем, либо повторяющимся острыми воспалительными процессами. К хроническому холециститу ведут застой желчи, изменение ее физико-химических свойств и присоединение инфекции. Воспалительный процесс может провоцироваться камнем, аномалией развития пузыря, его дискинезией.

Хронический гастрит – воспаление слизистой желудка. Развивается как исход острого гастрита или как самостоятельное заболевание с хроническими воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка, обусловленное эндогенными или экзогенными факторами.

При длительном течении может развиваться атрофический, эрозивный гастрит.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - хроническое рецидивирующее заболевание, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой ряда других органов системы пищеварения с развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обуславливая временную, а порой и стойкую нетрудоспособность. Язвенная болезнь относится к наиболее распространенным заболеваниям пищеварительной системы.

Хронически гепатит - полиэтиологическое воспалительное заболевание печени, продолжающееся без улучшения не менее 6 месяцев. С морфологических позиций хронический гепатит рассматривается как диффузное воспалительно-дистрофическое поражение

печени, характеризующееся некрозами, гистиолимфоцитарной остиепени поражение паренхимы.

Для оказания специализированной помощи сотрудникам МВД России по Республике Татарстан в марте 1988 года организовано. С 02.02.2007г гастроэнтерологические койки были распределены в основном здании:

- хирургическое отделение – 5 коек;
- неврологическое отделение – 7 коек.

С 01.10.2008г эти койки переведены на 2 этаж гастроэнтерологического отделения. С 14 июля 2008 года в отделении открылись 60 коек : 20 коек для сотрудников МВД, 40 коек для пациентов, поступающих по линии ОМС.

Таблица 1

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

	2011 г.	2010 г.	2009 г.	2008г	2007г
Выполнение плана койко-дня	90,7%	116%	101,9 %	137,1	101
Средняя занятость койки	308,8	394,8	346,8	466,1	459
Средняя длитель.пребыв. больного на койке	14,4	15,3	15,1	14,9	15,4
Оборот койки	21,4	25,7	23,0	31,29	29,7
Расхождение диагнозов	1,3(6)	1,3(7)	1,7(8)	7 сл	6 сл.(1, 4%)
Летальность	-	-	-		0,2%

С 2007 года по 2010 год наблюдается

1. Повышение такого показателя как выполнение плана койко-дня на 15% ;
2. средняя длительность пребывания на койке практически на том же уровне;
3. средняя занятость койки сократился 64,2; оборот койки на 4,0 ;

В 2011 году уменьшился такой показатель как выполнение плана койко-дня по МВД, что связано с выполнением Гос.заказа по линии ОМС в декабре месяце.

Таблица 2

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ за 2007 и 2008 годы.

Нозология	Койко-день 2007	2007 %	Абс.показатели 2007	Койко-день 2008	2008 %	Абс. показатели 2008
Язвенная болезнь	17,8	45,9	193	15,1	46,5	175
Хрон.холециститы	14,4	20,5	86	13,3	18	68
Гепатиты, циррозы	17,4	6,6	28	14,9	7	23
Колиты	16,4	4,3	18	14,3	5,5	21
Онкология	11,9	1,9	8	20,0	1	3
Хрон.гастро дуодениты	15,7	12,9	54	13,5	18	68
Прочие	19,3	7,9	33	13,3	4	18

Из таблицы видно, что основную группу составляют больные с язвенной болезнью 12 п.к. и желудка

За отчетный период в сравнении с аналогичным периодом отмечается рост числа больных с заболеваниями

- Язвенная болезнь 0,6%
- гепатиты 0,4%
- онкологические -1,2%;
- гастродуодениты – 5,1%;
- с понижением такие заболевания как:
- холециститы – 2,5%;
- прочие 3,9%
-

Таблица 3

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО ЛИНИИ МВД (В АБСОЛЮТНЫХ ЧИСЛАХ И В %)

	2011	%	2010 г	%	2009 г	%	2008г	%	2007 г	%
Всего прошло	442		510		459		376		420	
Из них:										
Аттестованных	225	50,9	274	53,7	242	53	195	51,9	220	52,4
Вольнонаемных	23	5,2	22	4,3	17	3,7	14	3,7	6	1,4
Члены семей	20	4,5	24	4,7	25	5,4	21	5,6	23	5,5
Пенсионеры МВД	88	19,9	92	18,1	74	16,1	65	17,3	81	19,3
Военнослужащие	2	0,4	24	4,7	19	4,1	13	3,5	33	7,9
УИН	58	13,1	41	8,1	33	7,1	29	7,7	30	7,1
МЧС	24	5,4	18	3,5	23	5,0	17	4,5	17	4,0
Платные больные	3	0,6	15	2,9	26	5,6	22	5,8	10	10,0

Таким образом с 2007 года:

- Увеличилось количество сотрудников УИН на 6 %;
- количество сотрудников МЧС увеличилось на 1,4 %;
- вольнонаемных на 3,8 %;
- Уменьшилось количество аттестованных на 1,5%
- количество военнослужащих уменьшилось на 6,5 % ;
- На одном и том же уровне количество пенсионеров 19,3% - 19,9 % ;

Таблица 4

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО МВД (В АБСОЛЮТНЫХ ЧИСЛАХ, В ПРОЦЕНТАХ)

МКБ-10	Заболевания	К\д 2009 г.	Кол-во 2009г	%	К\д 2010 г.	Кол-во 2010г	%	К\д 2011	Кол-во 2011г	%
K26.0	Язвенная болезнь 12 п.к. средней тяжести	15,1	123	26,8	15,2	124	24,3	12,9	111	25,1
K86.0	Хронический панкреатит	15,3	72	15,7	14,1	63	12,4	15,3	57	12,9
K29.9	Хронический гастродуоденит	14,4	56	12,2	13,9	70	13,7	12,4	39	8,8
K29.7	Хронический эрозивный гастродуоденит	14,7	48	10,5	14,9	72	14,1	13,8	86	19,4
K81.1	Хронический холецистит средней степени тяжести	13,8	45	9,8	14,7	43	8,4	13,2	30	6,8
K59.1	Дискинезия толстого кишечника	16,3	18	3,9	13,7	16	3,1	10,6	14	3,2

МКБ-10	Заболевания	К\д 2009 г.	Кол-во 2009г	%	К\д 2010 г.	Кол-во 2010г	%	К\д 2011	Кол-во 2011г	%
K70.1	Хронические гепатиты	15,2	16	3,5	16,6	17	3,3	16,2	16	3,6
K25.0	Язвенная болезнь желудка средней тяжести	15,2	12	2,6	15,8	18	3,5	14,0	18	4,1
K22.1	Эрозивный эзофагит	13,5	12	2,6	14,3	16	3,1	14,5	21	4,8
K80.1	ЖКБ	12	9	2	13,1	5	1,0	12,8	8	2,0
K21.0	ГЭРБ	12,7	8	1,8	14,6	29	5,7	11,4	13	2,9
K91.5	ПХЭС	15,1	7	1,5	13,5	3	0,6	12,2	8	1,8
K51.3	НЯК	19,2	7	1,5	21,0	5	1,0	15,2	3	0,7
K26.7	Язвенная болезнь 12 п. к. тяжелой степени	15	6	1,3	-	-	-	-	-	-
K74.6	Цирроз печени	16,3	5	1,1	17,0	9	1,8	16,3	3	0,7
K81.1	Хронические холециститы тяжелой степени	15,2	4	0,9	-	-	-	-	-	-
E80.4	Синдром Жильбера	15	3	0,7	15,5	6	1,2	13,0	1	0,2
K25.7	Язвенная болезнь желудка тяжелой степени	15,4	2	0,4	-	-	-	-	-	-
C26.9	Онкология	13	2	0,4	12,0	2	0,4	18,5	2	0,5
K50.0	Болезнь Крона	19	1	0,2	19,0	1	0,2	21,0	1	0,2
K91.5	ПГРС	16,5	2	0,4	-	-	-	-	-	-
K73.2	АИГ	14,3	1	0,2	-	-	-	-	-	-
	Пищевод Баретта	-	-	-	20,0	1	0,2	14,5	2	0,5
K57.3	Дивертикулярная болезнь кишечника	-	-	-	12,5	2	0,4	14,0	1	0,2
K58	СРК	-	-	-	15,2	8	1,6	8,0	6	1,4
K74,3	ПБЦ							23,0	1	0,2

Язвенная болезнь 12-п.к. занимает 1 место в структуре заболеваемости(25 %) и больше засчёт лиц мужского пола(т.к. среди пациентов в отделение больше мужчин), что связано с их образом жизни, работой, злоупотреблением спиртными напитками, курением.

	2011	2010 г.	2009 г.	2008 г.
Выполнение план койко-дня	118,1%	84,2%	96,9%	91,5
Средняя занятость койки	308,5	249	304,9	131,6
Средняя длитель.пребыв.больного на койке	11,9	11,4	12,3	12,7
Оборот койки	26	21,9	24,8	10,4
Летальность	0,09% (1)	-	0,1%(1)	
Выписано больных	1079	866	1010	286

Таким образом, за отчетный период по линии ОМС наблюдается улучшение выполнения плана койко – дня на 26,6 % по сравнению с 2008 годом ; также улучшение таких показателей как средняя длительность пребывания больного на койке на 0,8 % , средней занятости койки на 176 ,9 и оборота койки на 15,6;

Таблица № 6

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ (ОМС) С 14.07.2008 Г. ПО 30.11.2008 Г.

МКБ-10	Код КСГ	Заболевания	К\д 2008 г.	Кол-во случ. 2008 г.	%
K86.0	302084	Хронический панкреатит	15,1	51	19,1
K26.0	302018	Язвен.болезнь 12 п.к. средней степени тяжести	14,5	29	10,9
K29.7	302014	Хронич.эрозивный гастродуоденит	14,6	23	8,6
K81.1	302029	Хронич.холециститы	12,6	27	10,2
K59.1	302075	Дискинезия толстого кишечника	12,2	15	5,6

K59.1	302075	Дискинезия толстого кишечника с запорами	12,2	15	5,6
K21.0	302003	ГЭРБ	13,9	11	4,1
K91.5	302035	ПХЭС	13,3	9	3,4
K25.0	302019	Язвенная болезнь желудка средней степени тяжести	14,7	10	3,8
K80.1	302034	ЖКБ	121,7	9	3,4
K57.3	302080	Дивертикулы толстого кишечника	12,1	9	3,4
K22.1	302002	Эрозивный эзофагит	14,5	2	0,8
K74.6	302061	Цирроз печени	16,4	7	2,6
K91.5	302089	ПГРС	14,6	9	3,4
K70.1	302043	Хронические гепатиты	17,5	11	4,1
K20.0	302001	Эзофагит			
K51.3	302072	НЯК	18,8	6	2,3
K26.7	302018	Язвенная болезнь 12 п.к.тяжелой степени			
C26.9	302083	Онкология	9,6	5	1,9
K74.3	302045	ПБЦ			
K25.7	302020	Язвенная болезнь желудка тяжелой степени			
K50.0	302074	Болезнь Крона			
K73.2	302040	АИГ			
E80.4	302049	Синдром Жильбера	10,0	3	1,1
K29.3	302013	Хронический поверхностный гастрит	12,7	1	0,4
D13.1	302027	Полип желудка	14,5	1	0,4
K29.4	302015	Хронич.атрофический гастрит	12,0	3	1,1
K29.9	302025	Хронич.гастродуодениты	11,4	24	9,0
I84.0		Геморрой	14,9	1	0,4

Таблица 7

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОМС (В АБСОЛЮТНЫХ ЧИСЛАХ, В ПРОЦЕНТАХ)

МКБ-10	Заболевания	К\д 2010г	Кол-во случ. 2010 г.	%	К\д 2009 г	Кол-во Случ. 2009г.	%	К\д 2011 г	Кол-во Случ. 2011г	%
K86.0	Хронический панкреатит	13,8	178	20,6	14	172	17,0	229	12,8	22,5
K26.0	Язвен.болезнь 12 п.к. средней степени тяжести	11,4	103	11,9	12,2	98	9,7	78	11,4	7,7
K29.7	Хронич.эрозивный гастродуоденит	9,8	101	11,7	12,1	97	9,6	87	10,9	8,5
K81.1	Хронич.холециститы	9,1	66	7,6	10,7	84	8,3	18	11,1	1,8
K59.1	Дискинезия толстого кишечника	7,3	63	7,3	11,4	76	7,5	21	9,2	2,1
K59.1	Дискинезия толстого кишечника с запорами	8,6	52	6,0	11,1	77	7,6	42	9,2	4,1
K21.0	ГЭРБ	8,4	61	7,0	11,3	66	6,5	69	9,0	6,8
K91.5	ПХЭС	10,1	23	2,7	12,2	49	4,8	21	10,6	2,1
K25.0	Язвенная болезнь желудка средней степени тяжести	12,7	13	1,5	13,6	45	4,4	37	13,1	3,6
K80.1	ЖКБ	9,5	22	2,5	11,5	24	2,4	29	9,9	2,8
K57.3	Дивертикулы толстого кишечника	10,0	8	0,9	10,2	43	4,2	17	12,6	1,7
K22.1	Эрозивный эзофагит	12,8	31	3,6	13,4	30	2,9	31	12,2	3,0
K74.6	Цирроз печени	14,6	26	3,0	15,1	23	2,3	36	13,7	3,5
K91.5	ПГРС	12,0	15	1,8	13,3	23	2,3	24	12,1	2,4
K70.1	Хронические гепатиты	11,8	15	1,8	13,3	23	2,3	26	11,3	2,6
K20.0	Эзофагит				9,5	19	1,9	2	11,3	0,2
K51.3	НЯК	17,3	30	3,5	16,2	13	1,3	37	16,1	3,6
K26.7	Язвенная болезнь 12	11,1	3	0,3	11,3	11	1,0			

МКБ-10	Заболевания	К\д 2010г	Кол-во случ. 2010 г.	%	К\д 2009 г	Кол-во Случ. 2009г.	%	К\д 2011 г	Кол-во Случ. 2011г	%
	п.к.тяжелой степени									
C26.9	Онкология	9,5	6	0,7	7,8	7	0,6	13	11,1	1,3
K74.3	ПБЦ	14,6	5	0,6	13,5	6	0,5	8	14,9	0,8
K25.7	Язвенная болезнь желудка тяжелой степени	14,2	3	0,3	12,5	5	0,4	1	13,0	0,1
K50.0	Болезнь Крона	13,3	8	0,9	14,2	4	0,3	9	19,9	0,9
K73.2	АИГ	17,0	3	0,3	14,5	3	0,2			
E80.4	Синдром Жильбера	8,0	2	0,2	9	3	0,2			
K29.9	Хронич.гастродуодениты	8,9	28	3,2		9	0,8	137	9,5	13,4
K22.5	Дивертикул пищевода	10,0	1	0,1				1	11,0	0,1
K74.6	Цирроз печени с ПЭ							21	16,3	2,0
K58.0	СРК							22	9,9	2,1
K22.0	Ахалазия пищевода							1	11,0	0,1
K22.1	Язва пищевода							1	11,0	0,1
	Пищевод Баретта							1	11,0	0,1

Рисунок 1



Основной контингент больных по линии ОМС составляют пациенты с заболеваниями гепатобилиарной системы 20,5 % (сюда входят хронические холециститы, гепатиты, циррозы, ЖКБ); пациенты с хроническими панкреатитами 20 %, хроническими гастродуоденитами 14,4 % и с заболеваниями кишечника 13,7 %. Таким образом наибольшее количество больных, пролеченных в гастроэнтерологическом отделении, составляют хронические панкреатиты, что может быть связано с тем, что при всех гастроэнтерологических заболеваниях неизменно страдают другие органы ЖКТ. Так очень часто поджелудочная железа поражается при хронических холециститах, гастритах, число которых по сравнению с другими и так значительно больше. Вследствие этого заболеваемость панкреатитами заметно увеличивается.

В 2005 году гастроэнтерологическое отделение было закрыто на текущий ремонт, и функционировало 25 коек, которые находились в других отделениях госпиталя. В связи с введением в отделение 40 коек по линии ОМС увеличилось количество пациентов (в 2007 г. – 420 чел., с 2008 г. по 2011 г. – 5028 чел. – из них -1787 по линии МВД, 3241 – по линии ОМС), в связи с чем увеличилось и количество пациентов с такими заболеваниями как цирроз печени

(в 2007 г.- 3, в 2008 г.-9, в 2009 г.-28, в 2010 г.-35, в 2011 г.- 60 больных), гепатиты (в 2007 г.- 24, в 2009 г. – 39, в 2010 г. – 32, в 2011 г. – 42 больных), неспецифический язвенный колит (в 2007 г.- 2, в 2008 г.- 8, 2009 г. – 20, в 2010 г.- 35, в 2011 г.- 40 больных), болезнь Крона (в 2007 г.- 1, в 2008 г.- 1, в 2009 г.- 5, в 2010 г. – 9, в 2011 г. – 10 больных), первичный билиарный цирроз (в 2007 г. нет, в 2008 г.- нет, 2009 г. – 6, в 2010 г. – 5, в 2011 г.- 8 больных), а также с аутоиммунным гепатитом (в 2007 и 2008 г.- нет, в 2009 г. – 7, в 2010 г. и 2011 г. – 3 больных). Улучшился такой показатель как средняя длительность койко-дня (в 2007 г.-15,4, с 2008 г. по 2011 г.- 13,5), что связано с более тщательным соблюдением стандартов обследования и лечения пациентов. За 3,5 года работы отделения для улучшения диагностики внедрены новые методы обследования больных на базе «Биомеда» и «Лабмеда»: анализы крови на антитела различных заболеваний (аутоиммунных, вирусных, паразитарных); на базе МКДЦ ультрасонография для выявления патологии гепатобилиарной зоны и поджелудочной железы. Эта методика помогает выявить следующие патологии: конкременты общего печеночного протока, холангиокарциномы, рак поджелудочной железы, аденому большого дуоденального соска. В настоящее время с приобретением нового эндоскопа с видеостойкой во время проведения фиброгастродуоденоскопии у 100% больных берется биопсия для выявления НР.

Внедрены методики лечения таких заболеваний как аутоиммунные заболевания печени (аутоиммунный гепатит, первичный склерозирующий холангит, синдром аутоиммунного перекреста: АИГ/ПБЦ, АИГ/ПСХ), по следующей схеме: препараты УДХК + ГКС + иммуносупрессанты; печеночной энцефалопатии при циррозе печени препаратами: L-орнитин – L – аспарат (Гепа-Мерц), больших доз дюфалака, очистительных клизм с дюфалаком и проведение деконтаминации кишечника рифаксимином; также введена методика лечения НЭРБ, ГЭРБ, язвенной болезни желудка и 12

перстной кишки препаратами нового поколения пантопразола : нольпаза, зипантола, санпраз и пантум.

Для повышения своего профессионального уровня врачи отделения ежегодно участвуют в Российской конференции «Гепатология сегодня» и в конференциях Российской гастроэнтерологической ассоциации в г. Москва.

В октябре 2011 года на 4-й Всероссийской ежегодной научно-практической конференции с докладом на тему «ПБЦ у мужчины» выступила врач отделения И. А. Гималетдинова.

С начала выпуска журнала « Вестник современной клинической медицины врачами гастроэнтерологического отделения совместно с кафедрами КГМА и КГМИ опубликовано 8 статей в основном об интересных случаях в диагностике и лечении пациентов:

1. « Диагностика и лечение осложнений цирроза печени. Ведение пациентов с отечно - асцитическим синдромом»

2. «К вопросу дифференциальной диагностики синдрома портальной гипертензии»

3. « Сочетанное течение неспецифического язвенного колита и первичного склерозирующего холангита»

4. «Эффективность эндоскопической ультрасонографии в выявлении объемных образований поджелудочной железы (клиническое наблюдение)»

5. «Особенности клиники и фармакотерапии хронического панкреатита у лиц пожилого возраста»

6. «Синдром короткой кишки в общеклинической практике»

7. «Философия частной фитотерапии в гастроэнтерологии»

8. «Первичный билиарный цирроз у пациента мужского пола»

В отделении с пациентом постоянно проводится санитарно-просветительная работа по здоровому образу жизни, борьбе с вредными привычками, принципам рационального питания. Пациенты обеспечиваются информацией по диете, дополнительной литературой и проспектами по лекарственным препаратам, фитотерапии.

Проведены 6 занятий с участием врачей отделения на темы : « Запорный синдром», « Алкогольная болезнь печени », «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь», «Язвенная болезнь желудка и луковицы 12 перстной кишки, ассоциированная с НР».

С сентября 2010 года в клиническом госпитале МСЧ МВД России по РТ работает ГБОУ КПО КГМА Минздрава соц - развития России под руководством профессора Р. С. Сайфутдинова , которая первая из других кафедр открыла школу для пациентов, внедрила в госпитале такие обследования как определение скрытой крови в кале тестом Colon View НВ& НВ\ НР (анализ кала на гаптоглобин и гемоглобин), экспресс – тест для диагностики лактазной недостаточности и экспресс – тест для диагностики хеликобактер пилори.

Наиболее интересные клинические случаи, диагнозы при которых подтверждены таким дообследованием как ультрасонография:

1. Под нашим наблюдением находилась больная с blastomой головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и вовлечением стенки 12типерстной кишки. Билиарная гипертензия. Механическая желтуха.

Больная И., 61 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в марте 2010 г. с жалобами на боли в правом подреберье, в области желудка, в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи.

Жалобы на отрыжку воздухом, чувство тошноты, стул после приема слабительных ; стул светлого цвета, моча темного цвета. Похудела на 7 кг за один месяц.

По данным анамнеза, заболела около 2х месяцев назад: появились боли в области эпигастрия после погрешности в еде; изжога, рвота, приносящая облегчение, потемнение мочи и осветление стула. Обратилась к участковому врачу: прошла УЗИ ОБП-патологии не выявлено, проведено РКТ ОБП – признаки панкреатита, стриктуры холедоха, размеры желчного пузыря 112*42 см. В тоже время была начата лекарственная терапия: принимала бускопан, эрминтал, хофитол, зипантала. Самочувствие несколько улучшилось.

Перенесенные заболевания: остеохондроз шейного отдела позвоночника, Гипертоническая болезнь II ст, ЦВБ, хроническая ишемия головного мозга, СД 2 типа с 2010 года. Из оперативных вмешательств: 1986г проведена аппендэктомия.

Наследственность не отягощена

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, питание повышенное, ИМТ–32.18. Кожные покровы и склеры желтые.

ЧД 22 в мин., дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны с чсс 70 в мин. АД– 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в правом подреберье. Печень выступает на 6см из-под края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул – светлый, моча темная.

Диагноз: Механическая желтуха, стриктура холедоха. Хронический панкреатит в стадии обострения. Стриктура протока холедоха.

Сахарный диабет 2 типа в стадии субкомпенсации. Ожирение I степени.

Проведены исследования :

Общий анализ крови: отмечается ускорение СОЭ до 20 мм/ч, снижение гематокрита. Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия, за счет повышения прямой фракции, цитолиз за счет повышения уровня АЛТ (0,9) и АСТ (0,2) при норме до 0.028, холестаз : повышения уровня щелочной фосфатазы (126), ГГТП (7968). В ОАМ: желчные пигменты положительны. Диастаза мочи по Вольгемуту - 64 г/ч*л.

Копрограмма: кал светло-коричневого цвета, мазевидный, лейкоцитов №-4-5 в поле зрения, эпителий – 2-2-3 в поле зрения, мышечные волокна +, растительная клетчатка ++, детрит ++.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 68 в 1 мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Неспецифические нарушения внутрижелудочковой проводимости.

За время госпитализации проводилось лечение: спазган, контрикал, оmez, дюспаталин, мезим, мотилак.

На основании жалоб: наличие болевого синдрома в эпигастрии и правом подреберье, изменении цвета стула и мочи, при наличии желтухи, по данным УЗИ (увеличение размеров желчного пузыря 112*42 см.), МРТ (сужение холедоха и расширение в средней трети до 1.7 см), данных объективного обследования (положительный с. Курвуазье, увеличение печени за счет правой доли) можно выставить предварительный диагноз: Механическая желтуха. (Холангиокарцинома?). Стриктур холедоха неясного генеза. Дуоденогастральный рефлюкс. Желчный рефлюкс гастрит.

Для уточнения причины сужения холедоха в МКДЦ была проведена эндоскопическая ультрасонография верхнего отдела ЖКТ. Заключение: Эхо признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и вовлечением стенки 12-типерстной кишки. Билиарная гипертензия.

Предположительно Т2-Т3 Nx Мх.

Консультирована врачом онкологом КОД МЗ РТ, рекомендовано оперативное лечение (стентирование и холецистостомия) в условиях отделения абдоминальной хирургии КОД МЗ РТ.

Больная была переведена в КОД МЗ РТ для дальнейшего оперативного лечения.

2. Под нашим наблюдением находился больной с Са головки поджелудочной железы с признаками сдавления интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензией и объемного образования хвоста поджелудочной железы со сдавлением селезеночной вены.

Больной Р., 39 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в январе 2010 г. с жалобами на выраженную слабость, боли в правом и левом подреберьях, в области желудка, в правой поясничной области, на зуд кожных покровов, темный цвет мочи, похудание на 15 килограмм за последние 2 месяца.

По данным анамнеза, заболел около 3х месяцев назад: появились боли в поясничной области, отмечал потемнение цвета мочи, присоединилась желтуха. В связи с чем больной был госпитализирован в больницу инфекционную больницу с подозрением на вирусный гепатит. В результате проведенного обследования диагноз вирусный гепатит был исключен и больной переведен в терапевтическое отделение городской больницы. В результате проведенного обследования был выставлен диагноз: Хронический гепатит алиментарно-токсического генеза с синдромом цитолиза и холестаза. Механическая желтуха хирургом была исключена. Получал лечение: урсосан, гептрал, метадоксил, мезим

форте, дюспаталин. На фоне проводимого лечения у больного сохраняется болевой синдром, который он самостоятельно купировал кеторолом (принимал без назначения врача). Через 2 недели после выписки из стационара самочувствие больного ухудшается: нарастает желтуха, зуд кожных покровов, болевой синдром, больной продолжает худеть. В связи с чем, больной направляется на госпитализацию в госпиталь МВД.

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациента удовлетворительное. Астенизирован, ИМТ-18; кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета.

При объективном обследовании отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберьях, печень увеличена за счет правой доли (выступает на 5 см из-под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Стул коричневый, моча темного цвета.

Проведены исследования:

В лабораторных анализах отмечается: ускорение СОЭ до 36 мм/ч, нормохромная анемия, гипербилирубинемия, за счет повышения прямой фракции, признаки цитолиза (АЛТ - 2 N, АСТ - 2 N), холестаза (щелочная фосфатаза - 4 N, ГГТП - 3 N); гиперамилаземия. По данным УЗИ ОБП отмечается увеличение головки поджелудочной железы до 35 мм., увеличение желчного пузыря 115/50 мм., расширение холедоха до 9 мм.

Учитывая болевой синдром, похудание на 15 кг, изменения в биохимических анализах крови, данных УЗИ – наиболее вероятный диагноз: Механическая желтуха. Заболевание головки поджелудочной железы. Пациент направляется на эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС) верхнего отдела ЖКТ.

По результатам ЭУС выявлены следующие изменения: Эхо признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензии и объемного образования хвоста поджелудочной железы со сдавлением селезеночной вены. Данные за увеличение регионарных лимфатических узлов.

Заключение: ЭХО признаки объемного образования головки поджелудочной железы со сдавлением интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензий и объемного образования хвоста поджелудочной железы (Са поджелудочной железы). Предположительно Т3, N1-2, Мх. Проведение ретроградного стентирования на момент осмотра невозможно.

Больной направлен к онкологу для проведения оперативного лечения.

Выводы: настоящее клиническое наблюдение демонстрирует высокую информативность эндоскопической ультрасонографии в выявлении патологий билиарной системы и поджелудочной железы.

3. Под нашим наблюдением находилась больная с хроническим билиарным панкреатитом в стадии обострения. ПХЭС (лапаротомия, ХЭ в 1989г). Холедохолитиаз. Стриктур на границе средней и нижней трети холедоха неясного генеза

(послеоперационная рубцовая стриктура). Подслизистая инфильтрация стенки холедоха. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести в стадии субкомпенсации.

Больная Б., 74 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в январе 2010 г. с жалобами на чувство тяжести в желудке, усиливающееся после еды, чувство тошноты, вздутие живота, нестабильный стул: запоры чередуются с приступами диареи. Часто беспокоят боли в эпигастрии, возникающие ночью, уменьшающиеся после приема пищи. Похудела на 8 кг за один месяц.

Жалобы на стул светлого цвета, на зуд кожных покровов.

По данным анамнеза, заболела в октябре 2009 года: появились боли в области желудка, чаще в ночное время. Лечилась самостоятельно – принимала мезим форте и омез. Обратилась к участковому врачу: проведена ФГДС: эрозивный рефлюкс гастрит, проведено УЗИ гепатобилиарной зоны – печень – с явлениями гепатоза, желчный пузырь удален, холедох -11мм, поджелудочная железа – контуры правильные, структура изоэхогенная.

Перенесенные заболевания: хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь II ст, СД 2 типа с 1998 года, киста почки. Из оперативных вмешательств: 1989г проведена холецистэктомия, удаление фибромы левой груди, 1990 г – пластика послеоперационной вентральной грыжи.

Наследственность не отягощена.

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, питание повышенное, ИМТ–31. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Отмечается пастозность голеней, симметричные.

ЧД 16 в мин., дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны с ЧСС 70 в мин. АД– 160/80мм.рт.ст.

Язык обложен густым белым налетом. Живот мягкий, выражена болезненность при пальпации в области эпигастрия, в правого подреберья. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, за счет левой доли. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Проведены исследования:

Общий анализ крови: отмечается ускорение СОЭ до 29 мм/ч, снижение гематокрита. Биохимический анализ крови: амилаза – 11,9 мг\скл В ОАМ: желчные пигменты положительны. Диастаза мочи по Вольгемуту - 16 г/ч*л.

Кoproграмма: кал оформленный, желто-коричневого цвета, мазевидный, лейкоцитов 1-2 в поле зрения, растительная клетчатка +, детрит +.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 65 в 1 мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Замедление АВ проводимости (PQ 0,22с).

УЗИ ОБП: Свободной жидкости в брюшной полости нет. Увеличение правой доли печени на 1.5 см по типу стеатоза, холедохолитиаз, признаки хронического панкреатита.

Предварительный диагноз: Хронический билиарный панкреатит в стадии обострения. ПХЭС (лапаротомия, ХЭ в 1989г).Холедохолитиаз . Стриктура

Вирзунгова протока? Дуоденальногастральный рефлюкс. Желчный эрозивный рефлюкс-гастрит. Сахарный диабет 2 типа в стадии компенсации.

За время госпитализации проводилось лечение: папаверин, урсосан, альмагель, спазган, контрикал, омез, дюспаталин, мезим, индап, Эналаприл, манинил, сиофор.

Для уточнения диагноза была проведена эндоскопическая ультрасонография верхнего отдела ЖКТ. Заключение: Стриктура на границе средней и нижней трети холедоха неясного генеза (послеоперационная рубцовая стриктура). Подслизистая инфильтрация стенки холедоха.

Больная выписана с рекомендацией дальнейшего хирургического лечения по поводу стриктуры холедоха.

ВЫВОДЫ:

1. Установлено, что в целом в гастроэнтерологическом отделении за анализируемый период проведена работа с положительной динамикой: план: койко-дня выполнен на 104,4 %, с улучшением на 3,4 % по сравнению с 2007 годом.

2. Успешно выполнен план Гос.заказа по линии ОМС.

3. Улучшение такого показателя как средняя длительность пребывания на койке (13,1 с улучшением на 2,3 койко-дня по сравнению с 2007 годом) говорит о том, что отделение в последние годы четко придерживается стандартов ОМС.

4. Значительно выше стал уровень диагностики. Проводятся: а) исследования крови на антитела аутоиммунных, вирусных, паразитарных заболеваний; б) ультрасонография для подтверждения патологии гепатобилиарной зоны и поджелудочной железы. 5. Рационально используются стандарты в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

6. С начала выпуска журнала «Вестник современной клинической медицины» врачами гастроэнтерологического отделения совместно с сотрудниками кафедр КГМА и КГМИ опубликовано 8 статей в основном об интересных случаях в диагностике и лечении пациентов.

Список литературы:

1. Черногорова М.В, Белоусова Е.А., Семенов В.Ю Практическая гастроэнтерология в России: становление, развитие, перспективы . Проблемы управления здравоохранением, 2006, №3, стр.27-32.

2. «Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение». Под редакцией Калинина А.В., Хазанова А.И. 2007 г.

3. «Практическая панкреатология». Под редакцией Н.Б.Губергриц. 2006 г.

4. «Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение» Под редакцией Калинина А. В., Хазанова А.И., \Логиновой А.Ф. 2011 г.

5. «Гастроэнтерология. Национальное руководство» Под редакцией Ивашкина В.Т., Лапина Т.Л. 2008 г.

6. «Боль при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки». Н.Б.Губергриц. 2010 г.

7. «Боль при заболеваниях кишечника». Н.Б.Губергриц. 2010 г