

ограничению репаративных процессов в ткани печени при хроническом гепатите В.

Повышение же активности НАДИЦДГ может свидетельствовать об интенсификации реакций цикла трикарбоновых кислот и усиленной выработке АТФ, потребность клеток в которой в условиях патологического процесса увеличена. Однако участие гликолиза во внутриклеточной энергопродукции при более тяжелой стадии хронического гепатита В, вероятно, ограничено, что может способствовать накоплению в клетках лактата и подтверждается менее высокой, чем при 2-й стадии, активностью ЛДГ.

В заключение можно отметить, что выявленные нами особенности внутриклеточного обмена, характерные для клеток печени у детей 12-15-и лет, в зависимости от стадии хронизации вирусного гепатита В и проводимые в этом направлении дальнейшие исследования позволят, по-нашему мнению, уточнить некоторые метаболические аспекты патогенеза хронического гепатита В, обусловленные тяжестью его течения (стадией хронизации), определить новые подходы диагностики, лечения и прогнозов течения указанного заболевания в детском возрасте.

Вывод. Интенсивность реакций метаболизма в печеночной ткани детей в возрасте 12-15-и лет, больных хроническим вирусным гепатитом В, зависит от стадии хронизации инфекционного процесса. Изменения метаболических параметров, выявляемые при 3-й стадии хронизации вирусного гепатита В, свидетельствуют о более глубоком, чем при 2-й его стадии, функциональном поражении клеток печени.

042. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Бунатян А.А.¹, Самигуллин М.Ф.², Фаттахов В.В.³

¹МУЗ «Городская поликлиника № 10» УЗ ИК МО г. Казань. Россия.

²Кафедра эндоскопии и эндоскопической хирургии,

³кафедра клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава». г.Казань. Россия.

Актуальность. Бурное развитие эндоскопия получила после внедрения в практическую медицину гибких эндоскопов и эндовидеосистем. Стало возможным проведение малоинвазивных оперативных вмешательств. Вместе с тем, внедрение новых медицинских технологий требует и новых подходов в организации этих служб: комплексного оснащения оборудованием, централизации дорогостоящего оборудования и квалифицированных кадров, подготовки соответствующих кадров.

На базе МУЗ «Городская поликлиника № 10» г. Казани совместно с кафедрой клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии КГМА и кафедрой эндоскопии и эндоскопической хирургии КГМА разрабатываются и внедряются новые технологии обследования, профилактики, лечения и послеоперационной реабилитации больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В связи с приоритетным развитием амбулаторно-поликлинической службы целесообразным представляется организация Лечебно-диагностических центров (ЛДЦ) в составе поликлиники или организация их, как неотъемлемой части Центров амбулаторно-поликлинической хирургии.

Целью создания таких центров является эффективное использование дорогостоящего оборудования, приближение квалифицированной и специализированной помощи к населению, осуществление отбора пациентов на госпитализацию в специализированные отделения.

Современная эндоскопия, амбулаторно-поликлиническая гастроэнтерология и хирургия требуют внедрения следующих высокотехнологических методов исследования и лечения, возможно с приобретением соответствующего оборудования.

- Эндоскопия с увеличением и стереомикроскопия ZOOM – технологии.
- Эндоскопия с применением NBI –технологии.
- Эндокапсульная эндоскопия.
- Эндосонография-скопия.
- Эндоскопическая коррекция рубцовых структур ЖКТ.
- Эндоскопическое стентирование поражений ЖКТ и билиарных обструкций.
- Эндоскопическое удаление конкрементов из желчных путей.
- Рентгенэндоскопические методы исследования ЖКТ и гепатобилиарной зоны.
- Эндоскопическое удаление опухолей ЖКТ и трахеобронхиального дерева, резекция слизистой с применением лазерной техники.
- Эндоскопическое лечение проктологических заболеваний с использованием новых технологий (фотокоагуляция, латексные кольца, удаление послеоперационных лигатур из просвета толстой и прямой кишок и т.п.).
- Эндоскопическое лечение злокачественных опухолей (фотодинамическая терапия, лазерная абляция, и др.).
- Внедрение неинвазивного подхода в диагностике и лечении диспепсии (дискомфорта в эпигастрии). С этой целью необходимо оснащение поликлиник тестами на Н.руlogi (дыхательный уреазный тест с C¹³ или антиген в кале.
- Организация скрининга колоректального рака.
- Высокотехнологические методы обработки эндоскопов и эндоскопического инструментария.

В то же время, эффективная лечебно-диагностическая работа с использованием новых технологий невозможна без:

- цитогистологической лаборатории,
- клинической лаборатории,
- инженерно-технического штата (помещение, оборудование)

Было бы оптимальным наличие телемедицинского комплекса для проведения консультаций, обмена опытом и обучения персонала.

Отсутствие или не полное финансирование эндоскопического оборудования, дезинфицирующих средств инструментария и оборудования для обработки

эндоскопов создают условия для распространения ВиЧ и других инфекций при эндоскопических исследованиях.

С целью профилактики ВиЧ инфекции, гепатитов и др, при эндоскопических исследованиях и обеспечения безопасности медицинского персонала необходимо:

- проводить эндоскопические исследования только в специализированных кабинетах и центрах,
- обеспечить эндоскопические кабинеты современным оборудованием и достаточным количеством инструментария,
- использовать новые технологии для обработки эндоскопов и эндоскопического оборудования,
- провести паспортизацию эндоскопических кабинетов на соответствие их санитарным нормам,
- провести техническое освидетельствование эндоскопического оборудования.

Централизация эндоскопической службы в условиях многопрофильной поликлиники, проведение эндоскопических манипуляций и операций только в эндоскопических центрах повышает качество и безопасность оказания специализированной и квалифицированной медицинской помощи и повышает экономическую эффективность использования оборудования.

043. СТРУКТУРА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ДИАГНОСТИРУЕМАЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Бурдина Е.Г., Чернявская О.А., Моляренко Е.В.,
Виноградова Н.С., Вахлаков А.Н., Минушкин О.Н.
ФГУ «Поликлиника N 2», ФГУ «УНМЦ» УД
Президента РФ, Москва

Проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) уже на протяжении многих десятилетий остается одной из самых актуальных проблем современной медицины. ЖКК относятся к числу наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля, причем в последние десятилетия количество таких пациентов увеличивается. Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) могут быть осложнением целого ряда заболеваний, по данным разных авторов, их частота составляет 50-150 случаев на 100 тыс. населения в год. Например, в США ОЖКК ежегодно становятся причиной более 300 тыс. случаев госпитализации. Уровень смертности от кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта колеблется в пределах от 5 до 10% и в развитых странах имеет некоторую тенденцию к снижению. От кровотечения умирают в основном люди преклонного возраста и лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. В нашей стране в последние годы, наоборот, наметилась тенденция к некоторому увеличению летальности при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта. Средняя летальность по Москве в 1998 г. составила 10,6%. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой и не имеет тенденции к снижению: ее уровень в среднем составляет 30-40%. Основную роль в успешном лечении больных с кровотечением из желудочно-кишечного тракта играет ранняя и точная диагностика причины кровотечения.

Цель: анализ причин желудочно-кишечных кровотечений, по данным поликлиники за шесть лет (2004-2009 гг.).

Материалы и методы: проанализированы материалы 28 больных (мужчин - 24, женщин - 4, в соотношении 6:1, средний возраст $51,7 \pm 4,8$ лет), госпитализированных с признаками желудочно-кишечного кровотечения, что составило 0,13% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. Помимо анализа клинико-анамнестических данных, всем больным проведено эндоскопическое исследование желудка с морфологическим изучением гастробиоптатов и диагностикой инфекции *H. pylori*, либо колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, общеклиническое и биохимическое исследования крови, серологическая диагностика *H. pylori* (IgG), анализ кала на скрытую кровь; по показаниям, - КТ, МРТ брюшной полости, капсульная эндоскопия. Все больные были своевременно госпитализированы в стационар.

Результаты: основным источником желудочно-кишечного кровотечения была язва желудка (39,3%, n=11): на фоне приема ulcerогенных (аспирин, НПВС, непрямые антикоагулянты, глюкокортикоиды) препаратов (n=8), персистенции инфекции *H. pylori* (n=2), рака желудка (n=1), после полипэктомии в амбулаторных условиях (n=1) другого учреждения. Язва двенадцатиперстной кишки была причиной кровотечения у 28,5% (n=8) больных: на фоне приема ulcerогенных препаратов (n=5), персистенции инфекции *H. pylori* (n=2), рака поджелудочной железы с прорастанием в двенадцатиперстную кишку (n=1). Пищеводные кровотечения составили 25,0% (n=7): эрозивный эзофагит (n=3) на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, синдром Мэллори-Вейса (n=3), варикозно-расширенные вены пищевода (n=1) у больного циррозом печени алиментарной этиологии с летальным исходом. Язва терминального отдела подвздошной кишки (болезнь Крона), как источник кровотечения установлена у 1 больного. Массивное кровотечение из прямой кишки было диагностировано также у 1 больного (рак прямой кишки).

Выводы: частота желудочно-кишечных кровотечений в среднем за 6 лет составила 0,13% от среднегодовой численности прикрепленного контингента, преимущественно у больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки - 67,8%; из них лекарственные поражения составили 57,9%, что требует превентивной антисекреторной терапии у данной категории больных.

044. ЭРАДИКАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бурдина Е.Г., Вахлаков А.Н., Минушкин О.Н.
ФГУ «Поликлиника N 2», ФГУ «УНМЦ» УД
Президента РФ, Москва

Введение. Особенности функциональных и морфологических изменений при язвенной болезни, такие как уменьшение секреторной активности желудка, преобладание атрофических форм гастрита, выраженные нарушения микроциркуляции в пожилом возрасте