

ления краев гнойной раны в первую фазу раневого процесса составили (Ме [Q; Q₃]) 6 [5; 9] сут. В контрольной группе, где лечение проводили традиционным методом "под повязкой", сроки терапии составили 16 [10; 18] сут ($p < 0,001$). Постепенное сдвигание бранш выполняли под контролем локального кровообращения. Если микроциркуляторные расстройства достигали критического уровня, процесс сближения бранш временно прекращали. Показанием к прекращению дозированного сопоставления краев раны являлись болевые ощущения у пациента во время дермотензии; побледнение и блеск кожных покровов над спицей; снижение микроциркуляторного кровотока по данным флоуметрии более чем на 2,5 пф. ед. [4]. Приводим клинический пример.

Пострадавший П., 38 лет, поступил с проникающим огнестрельным ранением живота. Диагноз после операции: множественное дробное проникающее слепое ранение живота с частичным разрушением VI—VII сегментов печени, сквозным ранением поперечной ободочной кишки, сквозным ранением подвздошной кишки; продолжающееся внутрибрюшное кровотечение; огнестрельный оскольчатый перелом IX—X ребер справа; травматический шок II степени. Послеоперационный период осложнился местным и общим инфекционным процессом. Абсцесс раневого канала: острый глубокий полимикробный (*S. aureus*, *Klebsiella spp.*) миоцеллюлит правой боковой области живота; острый раневой грамположительный сепсис.

Проводили интенсивную терапию сепсиса в условиях ОРИТ, местное лечение гнойного очага "под повязкой". При осмотре выявили в правом подреберье, в области входных отверстий, раневой дефект 15 × 8 см, края раны умеренно инфильтрированы, глубина раны до 8 см, ее стенками являются в верхней части межреберные мышцы, внизу мышцы брюшной стенки. Дном раны являются межреберные мышцы, под которыми при ревизии отмечается отграниченная полость в правом подреберье, где визуально определяются резецированные участки печени. Края раны ригидны, одномоментное сопоставление их невозможно. Гнойный процесс распространяется на лапаротомный поперечный разрез на протяжении до 10 см. Умеренное количество гнойного отделяемого. По результатам микробиологического исследования гнойной раны в динамике ведущим патогеном оказался полирезистентный госпитальный штамм *Klebsiella pneumoniae*. В условиях перевязочной после туалета раны под местной анестезией был наложен адаптационно-репозиционный аппарат, проводили дозированную дермотензию в течение 7 сут, одновременно продолжали местное и общее лечение гнойной раны. После получения возможности сопоставления краев раневого дефекта в условиях операционной выполнили вторичную хирургическую обработку гнойной раны, дренирование полости раны двухпросветной трубкой. Ввиду наличия сложных анатомических структур в полости раны и отсутствия уверенности в радикальности выполненной хирургической обработки края раны полностью не ушивали, а свели аппаратом, оставляя возможность для ее ревизии. Через 24 ч произвели ревизию раны путем разведения ее краев. При ревизии: отделяемое серозно-гнойное,

грануляции отсутствуют. Убедившись в сохранении жизнеспособности тканей, наложили первичный отсроченный шов через все слои раны с активным проточно-промывным дренированием. Дренирование полости раны осуществляли двухпросветной трубкой ТММК. К микроканалу трубки ТММК подключали систему капельного вливания, а к широкому каналу — систему аспирации. В послеоперационном периоде проводили постоянное проточно-промывное дренирование, чередуя его с фракционным — каждые 4 ч производили пережатие на несколько минут отводящей трубки. Адаптационно-репозиционный аппарат был удален через 2 сут после наложения швов. Швы сняты на 14-е сутки. Контрольный осмотр через 3 нед — рана зажила с образованием линейного рубца.

В патогенезе раневых инфекций значительную роль играют высоковирулентные госпитальные микроорганизмы, вызывающие дополнительное повреждение тканей и существенно замедляющие репарацию ран. Наличие обширной гнойной раны мягких тканей в области мышечных массивов при невозможности одномоментного сопоставления краев раны, а также наличие на дне раны анатомически и функционально важных образований диктует необходимость максимально быстрого восстановления покровных тканей как барьера между внешней и внутренней средой. Это объясняет стремление к применению дозированной аппаратной спицевой дермотензии в первую фазу раневого процесса, хотя ранее этот способ применялся только при наличии обширной гранулирующей раны, т. е. во вторую фазу раневого процесса. После закрытия раны проводили терапию по принципам закрытого способа лечения гнойных ран с обязательным активным проточно-промывным дренированием [1]. Используемая нами методика позволила совместить преимущества метода закрытого лечения гнойных ран по Н. Н. Каншину и технического обеспечения возможности сопоставления краев раны — метода дозированной спицевой аппаратной дермотензии.

Таким образом, использование дозированной спицевой аппаратной дермотензии для закрытия обширной гнойной раны в первую фазу раневого процесса расширяет показания к применению активной хирургической тактики и сокращает сроки лечения больных с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каншин Н. Н. // Хирургия. — 1989. — № 6. — С. 112—115.
2. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови: Руководство для врачей. / Под ред. А. И. Крупаткина, В. В. Сидорова. — М.: Медицина, 2005.
3. Austad E. D., Pasyk K. A., McClatchey K. D., Cherry G. W. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1983. — Vol. 72. — P. 680.
4. Brunius U. // *Acta Chir. Scand.* — 1968. — Vol. 395, № 21. — P. 24—26.
5. Manders E. K., Schenden M. J., Furey J. A. et al. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1984. — Vol. 74. — P. 493—499.

Поступила 14.07.11

© Г. Н. ТАРАСЕНКО, 2012

УДК 616.5+616.97-07:621.397

Г. Н. Тарасенко*

ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИЯ ГЛАЗАМИ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

ФБУ 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого Минобороны России, Красногорск

*Тарасенко Григорий Николаевич, канд. мед. наук, доц., зав. кожно-венерологическим отд-нием.
E-mail: drtarasenko@yandex.ru

♦ Автор проанализировал результаты опроса дерматовенерологов об их отношении к телемедицине и телемедицинским консультациям.

Ключевые слова: телемедицина, телеконсультация, анкетирование дерматовенерологов

TELECONSULTATION, AS VIEWED BY A DERMATOVENEREOLOGIST

A. A. Vishnevsky Military Clinical Hospital Three, Ministry of Defense of Russia, Krasnogorsk

◆ The author analyzes the results of a questionnaire survey of dermatovenerologists for their attitude towards telemedicine and telemedical consultations.

Key words: telemedicine, teleconsultations, questionnaire survey

В последние годы государством и обществом совместно с Минздравсоцразвития России проводится активная работа, направленная на повышение качества медицинской помощи. Все это возможно в результате современных информационных, компьютерных и телекоммуникационных технологий. Телемедицинские технологии ориентированы на организацию медицинских услуг для пациентов с той лишь разницей, что их оказывают на расстоянии от врача [2]. Поэтому оказание дорогостоящей медицинской помощи с применением информационных, телекоммуникационных и медицинских технологий должно быть доступно как можно большему числу граждан, особенно проживающих в отдаленных районах, что успешно практикуется в здравоохранении многих стран.

Среди телекоммуникационных технологий наиболее распространенной формой является телеконсультирование [1, 3]. Телеконсультация (ТК) — это телемедицинская процедура, представляющая собой процесс обсуждения конкретного клинического случая абонентом и консультантом с целью оказания высококвалифицированной неотложной или плановой медицинской помощи, причем абонент и консультант разделены географическим расстоянием. Внедрение современных телемедицинских технологий в организацию оказания дерматологической помощи является важной и актуальной проблемой. Теледерматологические консультации в развитых странах мира составляют 20—40% от общего количества ТК [4, 9], они также актуальны в условиях боевых действий и занимают от 15 до 75% общего количества консультаций [7].

Теледерматология (ТД) — это "дерматология на расстоянии", использующая различные коммуникационные технологии для обеспечения доступа к специалистам по дерматологии тем, кто в них нуждается. В основном это взаимодействие двух специалистов, но некоторые программы обеспечивают контакт пациента напрямую с врачом. Необходимо подчеркнуть, что некоторые программы могут решать несколько задач одновременно, в том числе и возможности обучения в системе последипломного профессионального образования [5]. Интерес к ТД возрастает в связи с изменением потребностей общества, трудностями получения качественной узкоспециализированной медицинской помощи, особенно в отдаленных регионах страны, недостаточным количеством квалифицированных специалистов, а также технологическими причинами [8, 10]. Обычный осмотр специалиста остается золотым стандартом, однако многие больные не имеют возможности получить консультацию профессионального дерматолога, а врачи других специальностей не обладают достаточными знаниями в области дерматологии [6]. Первоначально ТД была создана для использования в развитых странах с целью оптимизации расходов при получении высококвалифицированной помощи путем снижения транспортных расходов, койко-дней, ранней диагностики и т. д. Однако ТД имеет огромные перспективы и большую социальную значимость для развивающихся стран, где недостает даже базовой медицинской помощи. Применение телемедицины в дерматологии наряду с улучшением качества лечения и диагностики делает работу врача экономически эффективнее.

Мы провели анонимное анкетирование врачей-дерматовенерологов в лечебных учреждениях Московской

области и на кафедре дерматовенерологии, микологии и косметологии Российской медицинской академии последипломного образования для выяснения их мнения о телемедицине. Был разработан авторский вариант анонимной анкеты, включающей 29 вопросов (см. рисунок).

Респондентам предлагалось оценить качество последипломной профессиональной подготовки, состояние консультативной помощи, возможность ТК через Интернет и перспективы использования телемедицины в лечебных учреждениях по месту их работы.

В анкетировании приняли участие 85 дерматовенерологов из разных регионов РФ. Представители поликлинического и стационарного звена дерматовенерологической службы составили 89,2 и 11,8% соответственно. По должности врачи были различного ранга: от врача-ординатора до заведующего кожно-венерологическим отделением. Большинство (82,3%) из них — женщины. Общеврачебный стаж работы врачей-специалистов определяет их характеристику. Молодые специалисты со стажем врачебной деятельности до 5 лет составили 16,5%, врачи со стажем работы от 6 до 10 лет — 9,4%. В целом преобладали (74,1%) наиболее опытные доктора, трудовой стаж которых составлял 11—20 лет и более. 5 врачей имели ученую степень кандидата медицинских наук, каждый второй специалист был аттестован, из них 34,5% присвоена высшая квалификационная категория, 31,8% — первая, 1 — вторая, 10 были не аттестованы.

В основном врачи получали общее усовершенствование по профильной специальности в период до 5 лет, только 7 врачей прошли усовершенствование до 2 лет и 10 — более 5 лет. В целом респонденты были удовлетворены системой последипломного медицинского образования. Однако 53,6% считали необходимым изменение формы профессионального образования в современных условиях. Большинство респондентов высказались за необходимость консультаций со специалистами более высокой квалификации ввиду сочетанных причин возникновения дерматозов, такую возможность имели все врачи-дерматовенерологи.

С учетом необходимости консультативной помощи мы попытались уточнить возможности ТК в учреждениях наших респондентов. В 94,1% медицинских учреждений, где работали врачи, проходившие усовершенствование, имеется компьютерная техника. Большая часть врачей владеет компьютерной техникой, некоторые — на правах пользователя, а 4 ответили, что не владеют компьютером. В 87,9% учреждений компьютеры подключены к Интернету, в связи с чем реализация применения телемедицинских технологий в дерматовенерологии представляется возможной, за что высказались 89,1% специалистов. Однако ежедневно работают в Интернете только 33,1% врачей, 1 раз в неделю и реже — 16,4 и 38% соответственно, а 12,5% никогда не работали вообще.

ТК, по мнению 62,4% врачей, является необходимой для оказания высококвалифицированной помощи. В то же время треть (28,4%) респондентов, возможно, в силу непонимания и незнания информационных и, в частности, телемедицинских технологий не смогли ответить на данный вопрос, а 9,6% дали отрицательный ответ. На вопрос о необходимости дистанционной формы обучения студентов, ординаторов и повышения квалификации врачей

Глубокоуважаемый коллега!

Просим Вас принять участие в исследовании по знаниям телемедицинских технологий. Анкета анонимна и заполняется просто. При заполнении анкеты обведите цифру, соответствующую ответу.
Заранее благодарим Вас за участие

1. Какой регион (округ) Вы представляете _____
2. Наименование Вашего учреждения: 1) военный госпиталь; 2) поликлиника МО; 3) кожно-венерологический диспансер; 4) поликлиника лечебно-профилактического учреждения; 5) другое (написать) _____
3. Ваша должность _____
4. Половой состав: 1 — муж.; 2 — жен.
5. Ваш общий врачебный стаж работы: 1 — до 3 лет; 2 — от 3 до 5 лет; 3 — от 6 до 10 лет; 4 — от 11 до 20 лет; 5 — более 20 лет.
6. Стаж работы дерматовенерологом: 1 — до 3 лет; 2 — от 3 до 5 лет; 3 — от 6 до 10 лет; 4 — от 11 до 20 лет; 5 — более 20 лет.
7. Ученая степень: 1 — доктор мед. наук; 2 — канд. мед. наук; 3 — нет.
8. Квалификационная категория: 1 — первая; 2 — вторая; 3 — высшая; 4 — не аттестован (вписать) _____
9. Удовлетворены ли Вы своей работой: 1 — да; 2 — нет; 3 — затрудняюсь ответить.
10. Когда последний раз Вы проходили курсы усовершенствования: 1 — до 2 лет; 2 — до 5 лет; 3 — более 5 лет.
11. Удовлетворены ли Вы системой последипломного профессионального образования с отрывом от производства: 1 — да; 2 — нет.
12. Получаете ли Вы при обучении с отрывом от производства знания, необходимые в вашей практической деятельности: 1 — да; 2 — нет.
13. Считаете ли Вы необходимым изменение форм профессионального постдипломного образования в современных условиях: 1 — да; 2 — нет.
14. Как часто в Вашей практической деятельности возникает необходимость проконсультировать больного со специалистом более высокой квалификации: 1 — 1 раз в неделю; 2 — 1 раз в месяц; 3 — реже; 4 — не возникает вообще; 5 — прочее (вписать) _____
15. Что чаще является поводом для такой консультации: 1 — затруднение в постановке диагноза; 2 — коррекция терапии; 3 — психологический момент; 4 — сочетание причин; 5 — прочее (вписать) _____
16. Имеете ли Вы возможность послать больного на консультацию к специалисту более высокой квалификации: 1 — да; 2 — нет.
17. Где территориально располагается консультант: 1 — в этом же лечебном учреждении; 2 — в этом же населенном пункте; 3 — в близлежащем населенном пункте; 4 — далеко от лечебного учреждения; 5 — нет консультанта.
18. Имеется ли компьютерная техника в Вашем учреждении: 1 — да; 2 — нет.
19. Если "да", то в каких подразделениях: 1 — административных; 2 — лечебно-диагностических; 3 — непосредственно на рабочем месте.
20. Владаете ли Вы компьютером: 1 — да; 2 — нет; 3 — на правах пользователя.
21. Подключен ли хотя бы один компьютер в Вашем лечебном учреждении к Интернету: 1 — да; 2 — нет.
22. Слышали ли Вы о такой форме медицины, как телемедицина: 1 — да; 2 — нет.
23. Если слышали, то из какого источника информации: 1 — от коллег; 2 — на конференциях; 3 — из литературы; 4 — из Интернета; 4 — другой источник информации (вписать) _____
24. Как часто Вы работаете в Интернете: 1 — ежедневно; 2 — 1 раз в неделю; 3 — редко.
25. Считаете ли Вы перспективным внедрение информационных технологий в медицину: 1 — да; 2 — нет.
26. Считаете ли Вы использование телемедицины в дерматологии перспективным: 1 — да; 2 — нет.
27. Если считаете перспективным, то в какой форме: 1 — телеконсультации больных; 2 — обучения студентов; 3 — повышения квалификации; 4 — другое (вписать) _____
28. Нужда ли такая форма, как телеконсультации, для оказания высококвалифицированной медицинской помощи: 1 — да; 2 — нет; 3 — затрудняюсь ответить.
29. Нужда ли дистанционная форма обучения студентов, ординаторов и повышения квалификации врачей: 1 — да; 2 — нет; 3 — затрудняюсь ответить.

Дата:

Подпись лица, заполнившего карту:

Анкета дерматовенеролога.

большинство (63,5%) ответили положительно, несколько респондентов затруднились с ответом и лишь 14 дали отрицательный ответ.

Таким образом, в результате проведенного исследования мы установили, что большинство врачей положительно относятся к внедрению телемедицины в дерматологию и одобрили ТК, полагая, что они необходимы для оказания высококвалифицированной дерматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анищенко А. В., Куценко И. В. // Укр. журн. телемед. и мед. телематики. — 2003. — Т. 1, № 1. — С. 90—95.
2. Вишневский В. В. // Укр. журн. телемед. и мед. телематики. — 2006. — Т. 4, № 1. — С. 9—13.
3. Казаков В. Н., Климовицкий В. Г., Владимирский А. В. Телемедицина. — Донецк: Норд, 2002.

4. Матвеев Н. В. // Тезисы доклада 3-го ежегодного Московского международного симпозиума по телемедицине: — М.: МАКС Пресс, 2000. — С. 38—39.
5. Brijal Desai, Karen McKoy, Carrie Kovarik. // Pan. Afr. Med. J. — 2010. — Vol. 6. — P. 3.
6. Feldman S. R. // Arch. Dermatol. — 2001. — Vol. 137. — P. 1645—1646.
7. Henning J. S. // Int. Rev. Armed Forces Med. Services. — 2010. — Vol. 83, N 1. — P. 75—81.
8. Levin Y. S., Warshaw E. // Derm. Clin. — 2009. — Vol. 27. — P. 99—218.
9. Whited J. D. // Int. J. Dermatol. — 2006. — Vol. 45. — P. 220—229.
10. Walters T. J. // Milit. Med. — 1996. — Vol. 161, N 9. — P. 531—536.
11. Whited J. D. // Int. J. Dermatol. — 2006. — Vol. 45. — P. 220—229.

Поступила 01.12.11