

больных, поступавших в пять отделений (терапевтическое, хирургическое, детское, гинекологическое и родильное) на 120 коек, проходила через приемный покой. Все больные принимались в одном месте, обстановка была трудная. Первичный осмотр и санобработка проводились в тяжелых условиях.

11 декабря 1956 г. больнице дан статус «Республиканская больница им. Н.А. Семашко», вступил в строй терапевтический корпус. Одним из первых приказов по новой республиканской больнице является приказ от 12.06.56 г. о принятии медсестрой приемного покоя Д.Ф. Федоровой с заработной платой 450 рублей в месяц с возложением на нее ответственности за имущество приемного покоя. Зачислена медсестрой в порядке перевода М.М. Шилкова от 12.06.56 г. с заработной платой 600 рублей в месяц, с 01.06.56 г. приняты санитары Е.Е. Гусева, И.Д. Гусева, Д.Е. Гусев; Н.Д.-С. Дмитриева — с 11.06.56 г., В.Ф. Найтова — с 12.06.56 г.

С 1957 по 1960 г. больницу возглавлял к.м.н. М.О. Петушинов, внесший значительный вклад в укрепление материально-технической базы больницы. Особое внимание уделял развитию вспомогательных служб, в том числе приемному покою. В этом году были сданы в эксплуатацию основные лечебные корпуса новой республиканской больницы. В конце 50-х и в начале 60-х годов с введением новых лечебных корпусов больницы в каждом из них открываются приемные покои.

С 1963 по 1994 г. трудилась медсестрой приемного отделения И.К. Сапунова, ветеран войны, ветеран труда; также трудились медсестры, ветераны труда Г.В. Ковальчук, А.Н. Кабушева, А.Е. Мариуц, В.П. Санжиева, Л.Р. Батомункуева, Л.И. Цыбденова, С.Н. Шкедова, Т.И. Халбадарова, С.К. Доржиева. Ушли на заслуженный отдых, проработав по 33 — 34 года в приемном отделении, сестра-хозяйка Р.А. Кобыляцкая, кладовщица по приему вещей Л.И. Дюкова. Трудилась долго, даже после достижения пенсионного возраста, медсестра Ж.И. Банщикова. Работает более 30 лет медсестра Л.Д. Дагбаева, более 20 лет работает медсестра Э.Ц. Бадмаева, более 15 лет — Ц.Ц. Намдыкова, Г.Ц. Цыренова, М.Я. Зандынова, Д.Ц. Шалданов.

Первой заведующей приемным покоем была Жукова Надежда Ивановна, проработавшая 33 года в стенах республиканской больницы. Опытнейший врач высшей категории, заслуженный врач республики Надежда Ивановна совмещала работу врача-невролога с заведованием приемным отделением. Ее сменил в последующем на посту зав. отделением приемного покоя Дырдуев Балдан Раднаевич, врач-нефролог, заслуженный врач РБ. С 1988 по 1990 г. приемным отделением заведовала С.Н. Данзанова, в 1990 г. она перешла в кардиологическое отделение РКБ. Сейчас заведует приемным отделением с февраля 1990 года врач С.Б.-Ц. Дамбаева, с 1996 г. работали врачами-ординаторами Л.Ф. Хамаганова, З.М. Занабадарова, А.Б. Ускеева, И.В. Дашибальжирова, Д.С. Саргаева, Э.Б. Цыбжитова, Э.Б. Жалсанова, А.Н. Алексеева.

Начиная с 1924 г., приемный покой вырос в мощное подразделение больницы — приемно-диагностическое отделение со штатом работников из 62 человек, из них 5 врачей, 19 медсестер, 5 медрегистраторов, 33 санитарки. Работают постоянно хирург и нейрохирург, в последнее время хирургом работает Ж.Б. Мункуев, нейрохирурги работают по графику. Отделение располагает необходимой реанимационной аппаратурой, все приемные покои снабжены ЭКГ-аппаратами, приемный покой хирургии снабжен электроэнцефалоскопом, в приемном покое терапии имеется небулайзер. Проводится в отделении качественный иммунологический тест для специфического определения миокардиального тропонина Т в крови (тропонинный тест), определяется уровень сахара в крови, по показаниям проводится УЗИ обследование, ФГДС, КТ, рентгенография органов, работает экспресс-лаборатория. В дежурные дни и в нерабочее время задействована, согласно графику, большая группа специалистов: хирурги, нейрохирурги, травматологи, уролог, реаниматологи, анестезиологи, отоларинголог, ангиохирург, торакальный хирург, эндокринолог, стоматолог, терапевт, невролог, окулист.

Разрабатывается компьютерная программа введения экстренных больных, внедряется вид электронной истории болезни, готовится к сдаче новый приемный покой хирургического корпуса № 3.

Д.Б. Дашацыренова, А.К. Гаврилова, Л.М. Гармаева, Г.П. Носкова

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗА 2005–2008 ГГ.

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Одной из актуальных проблем хирургии всегда были и остаются желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК). Целью нашего исследования явилось изучение причин и структуры желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, прошедших через приемное отделение хирургии за период 2005 — 2008 гг.

В таблице 1 отмечается, что поток больных с желудочно-кишечными кровотечениями за 4 года по количеству приблизительно одинаков. Среди больных с ЖКК превалирует мужская половина населения (2005 — 61 %; 2006 — 61 %; 2007 — 63 %; 2008 — 65 %).

Таблица 1

Статистические данные желудочно-кишечных кровотечений за период 2005–2008 гг.

Диагноз	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Синдром Меллори–Вейса	34 (16,5 %)	16 (7,8 %)	38 (15,3 %)	14 (5,7 %)	29 (12,9 %)	15 (6,6 %)	31 (14 %)	14 (6,3 %)
Эрозивно-геморрагический гастрит	22 (10,7 %)	17 (8,25 %)	35 (14 %)	25 (10 %)	31 (13,7 %)	22 (9,7 %)	37 (16,6 %)	22 (9,9 %)
Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки	20 (9,7 %)	9 (4,4 %)	27 (10,9 %)	10 (4 %)	26 (11,5 %)	7 (3 %)	16 (7,2 %)	8 (3,6 %)
Хроническая язва желудка	19 (9,2 %)	12 (5,8 %)	15 (6 %)	6 (2,4 %)	16 (7 %)	11 (4,8 %)	23 (10,3 %)	11 (5 %)
Эрозивно-геморрагический эзофагит	4 (1,9 %)	2 (0,97 %)	20 (8 %)	13 (5,2 %)	14 (6,2 %)	5 (2,2 %)	10 (4,5 %)	6 (2,7 %)
ВРВП	7 (3,4 %)	12 (5,8 %)	6 (2,4 %)	13 (5,2 %)	4 (1,8 %)	6 (2,6 %)	9 (4 %)	8 (3,6 %)
Острая язва желудка	5 (2,43 %)	5 (2,43 %)	1 (0,4 %)	5 (2 %)	9 (4 %)	7 (3 %)	10 (4,5 %)	4 (1,8 %)
Острая язва луковицы двенадцатиперстной кишки	6 (2,9 %)	4 (1,9 %)	2 (0,8 %)	5 (2 %)	7 (3 %)	4 (1,8 %)	3 (1,4 %)	3 (1,4 %)
Язва анастомоза	3 (1,5 %)	–	3 (1,2 %)	–	2 (0,8 %)	3 (1,3 %)	2 (0,9 %)	–
Прочие (рак желудка, полип желудка, химический ожог верхних отделов ЖКТ и т.д.)	7 (3,4 %)	2 (0,97 %)	4 (1,6 %)	6 (2,4 %)	4 (1,8 %)	3 (1,3 %)	3 (1,4 %)	2 (0,9 %)
Всего	127 (61 %)	79 (39 %)	151 (61 %)	97 (39 %)	142 (63 %)	83 (37 %)	144 (65 %)	78 (35 %)
ИТОГО	206		248		225		222	

Проведено сравнение данных желудочно-кишечных кровотечений за периоды 1985–1986 и 2005–2008 гг. (табл. 2). Данные для сравнения взяты из научной статьи эндоскопического отделения РКБ им. Н.А. Семашко: «Первый опыт эндоскопических исследований 135 больных с желудочно-кишечными кровотечениями за 1985–1986 гг.»

Таблица 2

Причины желудочно-кишечных кровотечений (1985–1986 гг.)

Всего больных	Язвенная болезнь желудка ДПК	Рак верхних отделов ЖКТ	Синдром Меллори–Вейса	ВРВП	Острые эрозивные состояния	Причина осталась неясной
135	58 (41,1 %)	6 (3,5 %)	7 (4,0 %)	5 (2,9 %)	24 (13,9 %)	16 (9,3 %)

По данным таблиц 1 и 2 отмечается, что в 1985–1986 гг. удельный вес желудочно-кишечных кровотечений возрастает за счет больных с язвенной болезнью желудка и ДПК (41,1 %), а синдром Меллори–Вейса составляет 4 %. А в 2005–2008 гг. рост желудочно-кишечных кровотечений идет за счет больных с синдромом Меллори–Вейса (2005 – 24,3 %; 2006 – 27 %; 2007 – 19,5 %; 2008 – 17,6 %) и острых эрозивных поражений верхних отделов ЖКТ (2005 – 21 %; 2006 – 37,2 %; 2007 – 31,8 %; 2008 – 32,7 %).

ВЫВОДЫ

1. Увеличение количества больных с синдромом Меллори–Вейса и острыми эрозивными поражениями верхних отделов ЖКТ происходит на фоне алкоголизации населения и ухудшения социальных условий жизни.

2. Уменьшение количества больных с язвенной болезнью желудка и ДПК, осложненных кровотечениями, обусловлено своевременной диагностикой и качественным этиотропным лечением.

Л.Б. Дембелова

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМ КЕРАТИТОМ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Среди многих заболеваний роговицы одно из первых мест по частоте и тяжести течения в настоящее время занимают герпетические кератиты. Они часто поражают людей молодого возраста и детей. Герпес стал одной из наиболее частых инвалидизирующих инфекций переднего отдела глаза.

По клиническому течению различают несколько форм герпетического кератита: точечный, везикулезный, древовидный, метагерпетический, дисковидный и глубокий диффузный увеокератит. Часто