

антитромбина. Однако при трактовке общих скрининговых тестов следует помнить, что на показатели ПВ и АЧТВ в значительной степени влияет тромбин, который в избытке имеется в плазме больных с острым ДВС и может стать причиной нормальных результатов даже на фоне значительного снижения прокоагулянтов. Поэтому для подтверждения диагноза ДВС рекомендуется провести специальные тесты на повышенное образование тромбина и плазмينا.

Для хронического ДВС-синдрома характерно повышение маркеров тромбинемии, в т.ч. Д-димеров. Основные тесты, указывающие на активацию свертывающей системы — это тесты, выявляемые иммунохимическими методами. Ручные методы латекс-агглютинации также достаточно широко используются в диагностике механизмов нарушения гемостаза, но они постепенно заменяются автоматизированными методами иммунохимии.

Все более активно в клинику внедряются экспресс-тесты прикроватной диагностики (Д-димеры, фибринопептиды, ТАТ), основанные на принципе иммунохимии. Определение Д-димеров имеет высокую диагностическую чувствительность, но относительно низкую специфичность для ДВС-синдрома. Высокая чувствительность — показатель наибольшей надежности; использование этого теста гарантирует выявление ДВС. Низкая специфичность обусловлена ложноположительными результатами, объясняется это тем, что данный тест фактически выявляет продукты деградации фибрина, который составляет основу любых тромбов и не зависит от причины их образования. Поэтому этот тест выявляет лизис нерастворимого фибрина, а реактивный фибринолиз — практически обязательный элемент ДВС.

Таким образом, в постановке диагноза ДВС-синдрома требуется тщательная оценка клинических и лабораторных данных. Лабораторная диагностика нарушений системы гемостаза является важным фактором эффективности лечения многих заболеваний.

Т.Д. Санжиева, Ч.Ц. Цыбикова, Л.В. Манкетова

РАЗВИТИЕ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В БУРЯТИИ

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

Сурдологопедический кабинет был создан при республиканской поликлинике в 1975 году. Предпосылкой для создания данного кабинета послужило практическое отсутствие специализированного диагностического кабинета и сурдологической помощи детям и взрослым. При создании кабинета были поставлены следующие задачи: проведение топической дифференциальной диагностики поражения слуха с использованием клинического аудиометра, проведение сурдологопедической работы с детьми в виде амбулаторных циклов занятий.

Основную массу детей и взрослых, которые проходили реабилитацию в сурдологопедическом кабинете, составляли пациенты с тяжелыми формами сенсоневральной тугоухости и глухоты. В кабинете работали: врач-сурдолог Цыбикова Чимитцо Цыреновна, сурдопедагог Манкетова Любовь Владимировна и медицинская сестра-аудиометрист Бальжирова Зоя Семеновна.

Слухопротезная помощь оказывалась оториноларингологом совместителем в республиканской поликлинике, им проводилось обследование пациента и выдача направления для подбора слухового аппарата в «Медтехнике». В кабинете ушного протезирования в то время работал Баженов Александр Михайлович.

В 1981 г. приказом Министерства здравоохранения Бурятской АССР был создан сурдологопедический центр путем объединения сурдологопедического кабинета и кабинета ушного протезирования. Создание сурдологопедического центра позволило более рациональное использование квалифицированных кадров, специального аудиологического оборудования, что повысило эффективность и качество сурдологической и слухопротезной помощи населению.

В разное время работали врачами-слухопротезистами А.Ц. Дондитов, И.П. Павленова, А.Б. Цыбе-нов.

Проблема реабилитации детей и взрослых с нарушением слуха является комплексной и требует участия различных специалистов: с 1990 года в центре врачом-невропатологом работает Нелип Светлана Владимировна, медсестрами: Жамсуева Валентина Эрдынеевна, Иванова Марина Петровна. С 2005 года в центре работает сурдолог - отоларинголог Санжиева Татьяна Доржиевна. Заведующей центром с 1981 по 2006 г. работала Цыбикова Ч.Ц., заслуженный врач Бурятской АССР, с 2007 г. заведующей центром работает Санжиева Т.Д. За последние 4 года специалистами центра активно направляются дети с выраженными нарушениями слуховой функции на высокотехнологичные методы реабилитации, как кохлеарная имплантация. Эта работа проводится совместно с Министерством здравоохранения Республики Бурятия.

Проводится тщательный отбор пациентов для проведения кохлеарной имплантации с учетом показаний и противопоказаний. Для чего в центре проводится комплексное обследование: сбор анамнеза; тональная пороговая аудиометрия; акустическая импедансометрия — тимпанометрия, с целью исключения патологии среднего уха, акустическая рефлексометрия, с целью подтверждения высокой степени тугоухости или глухоты, а также дифференциации улитковой и ретрокохлеарной глухоты, исследование слуховых вызванных потенциалов; исследование порогов слышимости с оптимально подобранным слуховым аппаратом в свободном звуковом поле; исследование разборчивости речи. Для исключения возможной сохранности сенсорных клеток органа Корти необходимо исследование вызванной отоакустической эмиссии. С целью исключения облитерации улитки и выявления точного расположения и хода тимпанального канала необходимо проведение КТ внутреннего уха, а пациентам, перенесшим менингит, необходимо проводить МРТ улиток.

Специалисты центра постоянно проходят усовершенствование в НИИ аудиологии и слухопротезирования г. Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, принимают участие в работе Национального Конгресса аудиологов России. Активно проводится выездная работа в сельские районы республики.

В тесном контакте работают специалисты центра со специализированными школами-интернатами, Бурятским региональным отделением Всероссийского общества глухих, Бюро медико-социальной экспертизы по Республике Бурятия, Бурятским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации.

Республиканский сурдологический центр является, практически, единственным государственным медицинским учреждением в Бурятии, которое занимается проблемами слуха и речи, оказывая высококвалифицированную сурдологическую помощь людям, страдающим нарушением слуха. Центр является клинической базой медицинского факультета Бурятского государственного университета им. Д.Б. Банзарова, республиканского базового медицинского колледжа им. Э.Р. Раднаева МЗ РБ. За 35 лет существования центра создана хорошая материально-техническая база, подобраны и обучены высококвалифицированные кадры. В центре в настоящее время работает 7 человек. Из них два сурдолога-оториноларинголога, невропатолог, сурдопедагог. Ежегодно здесь проходят обследование и реабилитацию четыре тысячи пациентов с проблемами слуха. В центре постоянно уделяется внимание обновлению слухоизмерительной и реабилитационной аппаратуры, и пациенты, обратившись сюда, получают весь спектр услуг. Здесь проводятся все современные виды аудиометрий, различные методы исследования среднего уха, проводится обследование и коррекция функциональных проблем, развитие слуховосприятия и речи на звукоусиливающем оборудовании.

С.М. Санжимитыпов, В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, В.П. Будашеев

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)**

Ухудшение экологической обстановки привело к заметному росту частоты рака щитовидной железы. При этом злокачественную трансформацию обнаруживают в среднем у 8—10 % больных, перенесших операцию на щитовидной железе.

Цель исследования: изучить результаты лечения очаговых образований щитовидной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Радионуклидную сцинтиграфию использовали для выявления рецидивов или поиска функционирующих метастазов высокодифференцированного рака щитовидной железы. О функциональном состоянии щитовидной железы судили по уровню общего и свободного трийодтиронина и тироксина, а также тиреотропного гормона. Иммунологическое исследование включало определение титра аутоантител к ткани щитовидной железы — тиреоглобулину и микросомальной фракции. Ретроспективному анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 542 пациентов, оперированных по поводу очаговых образований щитовидной железы. При коллоидном зобе прибегали к резекции щитовидной железы с максимальным сохранением неизмененной ткани. Оперативное лечение кист щитовидной железы проводили при наличии плотной фиброзной капсулы и неэффективности пункционного лечения в сочетании с одномоментным склерозированием полости кисты этанолом и терапией препаратами тиреоидных гормонов и выполняли экономную резекцию доли железы. Узловая форма аутоиммунного тиреоидита была показанием к тиреоидэктомии. При подозрении на рак производили гемитиреоидэктомию с удале-