

ния в Магаданском онкологическом диспансере и до 293,25 млн. руб. в онкодиспансере Сахалинской области. Вместе с тем, общим признаком является высокий показатель износа диагностического и лучевого оборудования — от 51% в диспансере в Амурской области до 100% износа в диспансере Камчатской области.

Некоторые данные производственных фондов онкологических диспансеров ДВФО

Экономические Диспансеры	Балансовая стоимость всего оборудования	Балансовая стоимость оборудования для лучевой терапии	Балансовая стоимость оборудования диагностического
Приморский край	75.476.225 руб износ 75%	15.943.973 руб износ 80%	20.310.910 руб износ 70%
Камчатская обл.	36.533.388 руб износ 80%	7.627.958 руб 100%	11.100.823 руб 80%
Амурская обл.	71.865.313 руб износ 73%	16.458.742 руб износ 51%	6.670.043 руб износ 85%
Магаданская обл износ 90%	15.811.958 руб износ 98%	3.887.437 руб износ 73%	5.028.988 руб
Якутия	24.226.853 руб износ 34%	1.359.232 руб износ 60%	9.874.417 руб износ 16%
Сахалинская обл.	293.250.000 руб износ 33%	143.096.300 руб износ 50%	36.501.700 руб износ 30%
Хабаровский край	277.300.000 руб износ 19%		

Известно, что экономическая эффективность медицинского учреждения определяется соотношением затрат и полученного результата деятельности. Поэтому, для более объективной оценки материально-технических и финансовых ресурсов онкологических служб ДВФО нами определен показатель фондовооруженности персонала диспансеров округа. Этот показатель отражает затраты финансовых средств в стоимости всего оборудования, стоящего на балансе диспансеров в расчете на одного работающего и рассчитывается как отношение балансовой стоимости оборудования к фактической численности работающих.

**Показатели фондовооруженности
онкологических диспансеров в ДВФО
(данные на 01.01. 2005 г.)**

Диспансеры ДВФО	Фондовооруженность (руб)
Приморский край	224 тыс. 259 руб.
Камчатская область	165 тыс. 584 руб.
Амурская область	217 тыс. 773 руб.
Магаданская область	104 тыс. 714 руб.
Республика Саха (Якутия)	117 тыс. 606 руб.
Сахалинская область	1 млн. 025 тыс. 349 руб.
Хабаровский край	1 млн. 1 тыс. 100 руб

Показатель наименьшей фондовооруженности персонала отмечен в диспансере Магаданской области (104 тыс. 714 руб) и самый высокий — в онкологическом диспансере Сахалинской области 1 млн. 025 тыс. 349 руб. Равноценно высокий показатель фондовооруженности персонала в Хабаровском краевом клиническом центре онкологии — 1 млн. 1 тыс. 100 руб. Представленные данные свидетельствуют о неравномерном уровне фондовооруженности медицинского персонала в государственных онкологических учреждениях Дальнего Востока. Отмечается в Хабаровском крае динамичный рост инвестиций в материально-техническую базу системы здравоохранения края. Поэтому, перед органами управления здравоохранения стоит важнейшая задача по разработке программ воспроизводства материально-технической базы, и в первую очередь активной части основных производственных средств.

**Ищенко В.Н., Токарчук В.В., Дубинкин В.А.
ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
НА ФОНЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**Владивостокский филиал НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН,
Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморская краевая клиническая больница №1, Владивосток**

Неуклонный рост заболеваемости раком прямой и ободочной кишки в РФ ежегодно в среднем составляет около 7 % (В.Д. Федоров 1987, 2003; В.Б. Александров 2001; Н.Ю. Залит, В.В. Прохоров 2003; F. Seow-Choen 1999) и не имеет тенденции к снижению. Поздняя диагностика и частые urgentные состояния больных раком прямой и толстой кишки обуславливают высокую летальность и послеоперационные осложнения. Наиболее частым осложнением является обтурационная кишечная непроходимость, которая регистрируется в 7- 45 % от всех больных, поступивших на стационарное лечение (К.В. Пучков 2003, М. Otterson 1998). Высокий риск несостоятельности толстопрямкишечного соустья при одномоментных резекциях прямой кишки на фоне кишечной непроходимости заставляет хирургов выполнять подобные операции в два этапа. На первом этапе производится наложение

разгрузочной колостомы, на втором этапе — резекция опухоли (В.П. Петров, И.А.Ерехин 1989; А.И.Богатов 1976; Ю.Б.Кириллов 1979; Г.П. Шорох 1984). С 1999 года в отделении колоректальной хирургии ПККБ №1 разработаны и внедрены в хирургическую практику одномоментные резекции толстой кишки на фоне кишечной непроходимости с целью профилактики выполнения последующих реконструктивно-восстановительных операций и ранней резекции опухоли.

Материал и методы исследования. С 1996 по 2004 годы под нашим наблюдением находилось 676 больных. Все больные были распределены на две группы. В группе клинического сравнения (1996-1999гг. — 251 больной) применялась традиционная тактика и техника оперирования. В основной группе (2000-2004 гг. — 425 больных) были выполнены одномоментные пер-

вичные радикальные резекции толстой кишки на фоне различных форм (острой и хронической) кишечной непроходимости обтурационного генеза. Подобные оперативные вмешательства мы сочли возможным выполнять только при соблюдении следующих условий:

— достаточный опыт выполнения подобных операций и слаженность работы операционной бригады;

— использование адекватной декомпрессии толстой и тонкой кишки путем применения разработанных хирургических технологий;

— отбор и использование предоперационной системы оценки тяжести пациентов;

— формирования анастомоза механическим швом.

Характер оперативных вмешательств отражен в таблице

Название операций	Годы исследований				Всего	Годы исследований					Всего
	1996	1997	1998	1999		2000	2001	2002	2003	2004	
Передние резекции прямой кишки	4	6	1	12	23	31	18	25	34	33	141
Правосторонние гемиколэктомии	3	4	1	1	9	2	3	1	1	3	10
Левосторонние гемиколэктомии и резекции сигмы	6	7	3	3	19	4	8	5	3	3	23
Обструктивные резекции	13	16	23	22	74	18	18	24	26	10	96
Разгрузочные колостомы	31	34	37	24	126	10	22	34	45	44	155
Общее кол-во операций	57	67	65	62	251	65	69	89	109	93	425

Летальность у оперированных на фоне кишечной непроходимости

Название осложнений	1996–1999						2000–2004					
	ПР	Пра в ГКЭ	Лев ГКЭ	ОР	Коло-стома	Общ. кол-во	ПР	Пра в ГКЭ	Лев ГКЭ	ОР	Коло-стома	Общ. кол-во
Несостоятельность анастомоза	2					2	3					3
Послеоперационная инфекция				3	6	9				2	3	5
Экстраабдоминальные осложнения					13	13	3			6	7	16
Летальность в %	8,6			4	15	9,2	4,2			8,3	6,45	6,31
Количество умерших	2			3	19	24	6			8	10	14

Выводы. 1. Сравнивая результаты лечения двух групп больных, данные о которых отражены в таблице № 1 и № 2, мы приходим к выводу, что при соблюдении вышеперечисленных условий возможны и целесообразны одномоментные радикальные резекции толстой кишки на фоне кишечной непроходимости обтурационного генеза.

2. Для адекватного выбора хирургической тактики и объема оперативного лечения необходимы дальнейшие научные исследования, отражающие клинически степень острой и хронической (частичной) кишечной непроходимости, а также система оценки тяжести пациента и прогноза лечения по данной нозологической форме заболеваний.

Кузнецова Т.А., Кузнецов Е.А., Мотанова Л.Н., Эпштейн Л.М. ПРИМЕНЕНИЕ ТИНРОСТИМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПОДРОСТКОВ

Туберкулез легких сопровождается выраженными изменениями в состоянии системы иммунитета, а традиционная полихимиотерапия способствует дальнейшему угнетению ее показателей. Это является одной из причин замедленной регрессии специфических изменений при туберкулезной инфекции и требует коррекции.

За последние годы накоплен немалый опыт применения иммуномодуляторов в комплексном лечении туберкулеза. Это препараты на основе экстрактов тимуса, цитокины, ряд синтетических препаратов, в числе которых полиоксидоний, миелопид, ликопид тамерит, бестим и другие. Однако, как следует из результатов этих работ, при туберкулезной инфекции в первую очередь целесообразно использование тех препаратов, действие которых направлено на фагоцитарную систему, поскольку при туберкулезе главным образом страдает именно это звено иммунитета. Помимо этого, установлено, что функциональная активность макрофагов существенно снижается под влиянием противотуберкулезных препаратов.

Цель. Изучение клинико-иммунологической эффективности иммуномодулятора тинростима у подростков, больных туберкулезом легких. Этот препарат нашел успешное применение для коррекции дефектов в системе иммунитета при ряде соматических и

НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Владивосток, Владивостокский государственный медицинский университет инфекционных заболеваний. Иммуностимулирующее действие тинростима направлено в первую очередь на клетки мононуклеарной фагоцитирующей системы с последующей активацией остальных звеньев иммунитета.

Проведено клинико-иммунологическое обследование 38 подростков в возрасте 14–17 лет, проходивших лечение в детской краевой клинической туберкулезной больнице, из которых 34 (89,5%) больных было с диагнозом инфильтративный туберкулез легких, 2 человека (5,3%) — диссеминированный туберкулез, и по 1 человеку (2,6%) туберкулез лимфоузлов и экссудативный плеврит туберкулезной этиологии. Диагноз туберкулеза поставлен на основании анамнеза, туберкулинодиагностики, клинико-рентгенологических данных.

Половина наблюдаемых подростков (19 человек) получали традиционную полихимиотерапию (изониазид, рифампицин, пиразинамин, стрептомицин, этамбутол) (контрольная группа), остальным в аналогичный курс лечения включали полипептидный иммуномодулятор природного происхождения тинростим в виде порошков сроком на 21 день (опытная группа). Препарат разрешен к применению Министерством здравоохранения РФ в качестве биологически активной добавки к пище как общеукрепляющее средство и для усиления иммунитета и