

или этоксисклерола в различных концентрациях, что зависело от диаметра вены. Так, при диаметре вены менее 0,4 мм (телеангиоэктазии) использовались 0,2% Фибро-вейн или 0,5% Этоксисклерол, до 2 мм (ретикулярный варикоз) — 0,5% Фибро-вейн или 1% Этоксисклерол, при диаметре вены от 3 до 10 мм (притоки БПВ) использовались 0,5—1% Фибро-вейн или 2% Этоксисклерол.

Существует несколько методик пункционного склерозирования.

У больных с телеангиэктазиями инъекции проводились в положении больного лежа; при расширенных притоках подкожных вен диаметром до 5—10 мм — в вертикальном положении. После выполнения инъекции проводилось эластическое бинтование. Средние сроки эластической компрессии составили 10—12 дней после каждого сеанса (их количество варьировало от 1 до 5). У 85% больных удалось достичь хорошего клинического эффекта в виде полной облитерации телеангиоэктазий и варикозных вен. У 10% пациентов склеротерапия вызвала локальный поверхностный тромбофлебит, причиной которого стало раннее снятие эластического бинта. Применение дезагрегантов и наружной терапии (гепариновой мази)

позволило полностью купировать воспалительный процесс в срок до 1 месяца. У 5% больных отмечался минимальный эффект от склеротерапии, что можно объяснить повышенной ломкостью сосудов у пациенток старше 45 лет.

Из поздних осложнений флебосклерозирующей терапии у 30% больных наблюдалась гиперпигментация в зоне инъекции, что объясняется использованием препаратов высокой концентрации и попаданием их в подкожную клетчатку. Гиперпигментация не требует специального лечения и проходит самостоятельно в сроки от 1 до 3 месяцев. И лишь в одном случае (1,3%) в зоне инъекции образовался постинъекционный некроз кожи вследствие паравазального введения фибро-вейна.

Анализируя свой опыт применения склеротерапии больным с варикозным расширением вен нижних конечностей, мы пришли к выводу, что данный метод должен широко применяться в практике наряду с традиционными методами лечения варикозной болезни. Вследствие существенного укорочения времени пребывания больных в стационаре значительно снижаются экономические затраты на лечение данной категории больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. ИВАНОВА

Варенцов Е.А., Валатин А.М.

МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

В условиях реформирования первичной медико-санитарной помощи населению одной из основных задач является определение путей рациональной организации специализированных видов медицинской помощи, в том числе урологической на уровне первичного звена.

Организационно урологическая служба г. Иваново представлена амбулаторным урологическим центром и урологическим отделением на 60 коек, являющихся структурными подразделениями городской клинической больницы № 7. Объединение двух структурных подразделений на базе городской больницы преследовало цель обеспечить доступность урологической помощи, совершенствовать этапы лечебно-диагностического процесса.

Амбулаторная помощь оказывается по участковому принципу. В урологическом центре выполняется весь комплекс урологических и лечебно-диагностических исследований. Организована работа коек дневного стационара и стационара на дому. Больные, у которых выявляются онкологические, фтизиатрические, венерические заболевания направляются в соответствующие диспансеры. План посещений на количество занятых врачебных ставок выполняется на 105—107 %.

Среди причин временной утраты трудоспособности значительное место занимают мочекаменная болезнь — 35,4 % и воспалительные заболевания почек, мочевого пузыря и простаты — 27,5 %.

В городском урологическом центре проводится работа по диспансеризации больных. Основная часть пациентов — это больные с мочекаменной

болезнью — 22,3%, заболеваниями предстательной железы — 24,2%, воспалительными заболеваниями мочеполовых органов — 22%, врожденными пороками развития — 2,8%. Стационарное лечение больных проводится в урологическом отделении на 60 коек. Ежегодно отмечается высокий уровень госпитализации больных по экстренной помощи. В 2006 г. он составил 76,6%. В структуре урологической заболеваемости преобладают болезни предстательной железы — 11,2%, мочекаменная болезнь — 39,3%, злокачественные новообразования — 5%, хронический пиелонефрит — 12,9%. Удельный вес этих нозологических групп составляет более 68%.

Ежегодно в урологическом отделении выполняется 650—700 операций. Характерной особенностью хирургической работы является то, что количество операций выполненных с использованием современных эндоскопических технологий увеличилось с 7,5% в 2004 г. до 42,9% в 2006 г. В ряде случаев, в лечении больных применяются стационарозамещающие технологии.

Укомплектованность больницы врачами урологами составляет 90,7%. 64% врачей аттестованы на квалификационную категорию.

Объединение структурных подразделений на базе городской больницы позволило выработать единые методологические подходы к диагностике и лечению больных, более эффективно использовать имеющееся оборудование, обеспечить преемственность в лечении и в итоге совершенствовать оказание урологической помощи населению города.