

Перечень нозологических форм и состояний, при которых больные в ЦРБ в обязательном порядке должны быть взяты на учет для динамического наблюдения и определения дальнейшей тактики ведения, включает в себя основные учетные формы в экстренной хирургии: острый аппендицит, холецистит, панкреатит, ущемленная грыжа, осложненные формы язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, непроходимость кишечника, тяжелая сочетанная травма. Основанием для экстренной консультации является отклонение от типичного течения заболевания или травмы, а также возникновение серьезных осложнений в ходе лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результатом совершенствования организации экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим на территории Новосибирской области с использованием сил и средств отделения экстренной и плановой консультативной помощи стало обеспечение большей доступности и своевременности оказания специализированной медицинской помощи пациентам, находящимся на лечении в центральных районных больницах, и как следствие, снижение показателя послеоперационной и общей летальности в целом по хирургической службе в районах области. Отсутствие случаев досуточной летальности среди экстренных пациентов хирургического профиля, переведенных из ЦРБ в областную клиническую больницу на этап специализированной помощи следует рассматривать как свидетельство эффективности внедренного порядка оказания помощи urgentным больным на территории области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Оптимизация работы специалистов отделения экстренной и плановой консультативной помощи и дальнейшее совершенствование организации оказания экстренной медицинской помощи пациентам хирургического профиля позволяют улучшить качественные показатели и повысить уровень оказания помощи больным с ургентной патологией.

А.В. Юданов, И.А. Ганичева, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков, В.М. Лунев

ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)*

Цель: определить принципы и объем медицинской помощи при осложненном колоректальном раке на этапах хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в течение 2006 – 2011 гг. на лечении с обтурационной толстокишечной непроходимостью находилось 412 человек.

Целью оперативного вмешательства являлась ликвидация кишечной непроходимости. В общехирургическом стационаре перед хирургом стояла задача устранения непроходимости минимально травматичным для больного способом (колостома, обходной анастомоз). В специализированном стационаре, способом устранения непроходимости в большинстве случаев была радикальная операция, которая выполнялась в соответствии с общепринятыми онкологическими принципами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Перевод с первого этапа на лечение в специализированный центр осуществлялся в сроки 3 – 5 недель. Считаем важным выполнение ряда технических и тактических рекомендаций по преемственности в оказании хирургической помощи, принятых на территории области, а так же современное техническое оснащение, позволяющее значительно сократить продолжительность и травматичность операции и, как следствие, уменьшить время послеоперационной реабилитации.

ВЫВОДЫ

1. Остается актуальной проблема оказания своевременной и адекватной помощи больным с обтурационной толстокишечной непроходимостью.
2. Объем оперативного вмешательства может проводиться в один, два или три этапа в зависимости от локализации опухоли, тяжести состояния больного и уровня квалификации лечебного учреждения.
3. Первичное наложение анастомозов опасно несостоятельностью. Пристеночные стомы и Y-образные анастомозы не профилактуют несостоятельности, их применение должно быть ограничено.

4. Цель операции в общехирургическом стационаре при обтурационной кишечной непроходимости — устранение непроходимости минимально травматичным для больного способом, а именно выведение разгрузочной коло(илео)стомы, с адекватной оценкой стадии онкологического процесса.

5. Цель операции в специализированном стационаре при обтурационной кишечной непроходимости — устранение непроходимости с выполнением радикальной операции, что ускоряет социальную реабилитацию больных.

6. При резекции сегмента толстой кишки по поводу острой кишечной непроходимости рекомендуем создать условия, минимизирующие травматичность последующей восстановительной операции, которая должна быть выполнена в специализированном центре.

7. Использование современного технического оснащения, такого как сшивающее-режущие аппараты, аппарат биполярной коагуляции Liga Sure, ультразвуковой скальпель, позволяет значительно сократить время и травматичность как экстренной, так и реконструктивно-восстановительной операции.

А.В. Юданов, И.А. Поршенников, Е.В. Григоров, Е.М. Зяблицкая, А.Ю. Быков

РАЗВИТИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

ВВЕДЕНИЕ

Трансплантация органов как метод медицинской помощи крайне актуальна в РФ. Трансплантации сердца, печени являются жизнеспасующими операциями и не имеют альтернативы. Трансплантация почки значительно улучшает качество жизни пациентов, в сравнении с другими методами лечения хронической почечной недостаточности (гемодиализ, перитонеальный диализ) имеет финансовые преимущества для территориального бюджета. Трансплантация роговицы глаза не имеет альтернативы и в ряде случаев является единственным способом восстановления зрения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Новосибирской области в ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (ГНОКБ) аллотрансплантация почки осуществляется с 1988 г., к настоящему времени выполнено в общей сложности более 400 операций, в том числе от родственных доноров.

С 2008 г. в ГНОКБ проведена подготовительная работа для организации и осуществления ортотопической трансплантации печени: сформирован лист ожидания, осуществляется стационарная помощь данным пациентам по поводу осложнений печеночной недостаточности. Первая ортотопическая трансплантация печени выполнена в августе 2010 г., к настоящему времени выполнено уже 11 таких операций. 1 пациент умер в раннем послеоперационном периоде от сердечно-сосудистых осложнений, остальные продолжают лечение в амбулаторном режиме.

Трансплантации сердца выполняются в ФГУ «ННИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина» МЗСР РФ. Несмотря на большое количество пациентов, нуждающихся в трансплантации роговицы (более 400), до настоящего времени пока нет утвержденного МЗСР РФ порядка, регламентирующего процесс заготовки роговицы глаза у умершего донора.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенной на территории области в 2008 – 2011 гг. организационной работы достигнуты следующие результаты.

Организован механизм отбора реципиентов на медицинскую помощь методом трансплантации органов (регистры нуждающихся в аллотрансплантации почки и/или ортотопической трансплантации печени, роговицы). Территориальный лист ожидания на аллотрансплантацию почки и / или ортотопическую трансплантацию печени в настоящее время включает в себя более 70 пациентов и продолжает увеличиваться.

Организован механизм выявления потенциальных доноров: Областной центр трансплантационной координации на базе ГНОКБ, 6 учреждений здравоохранения — донорских баз в городе и области.

Функционирует система наблюдения пациентов с трансплантированными органами специалистами нефрологами, гастроэнтерологами. В настоящее время на территории области проживают и получают лечение 206 пациентов с трансплантатами различных органов: 181 — после аллотрансплантации почки, 20 — после ортотопической трансплантации печени, 5 — с трансплантатом сердца.

ВЫВОДЫ

Для организации эффективной работы методом трансплантации органов на территории необходимы согласования следующих ресурсов: