

эритроцитарного агрегата. Степень выраженности изменений агрегации эритроцитов зависит от глубины поражения миокарда.

Ухудшение показателей цитоархитектоники и агрегации эритроцитов у больных ОИМ сочетается со снижением фракции выброса, дилатацией ка-

мер сердца, развитием зон локальной гипокинезии, что указывает на важное значение гемореологических нарушений эритроцитарного звена крови в патогенезе болезни и необходимость их клинического исследования.

ОТДЕЛЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК НОВАЯ СТРУКТУРНАЯ ЕДИНИЦА МУНИЦИПАЛЬНОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Борсуков А.В., Дехнич С.Н., Маринич Т.В., Ковалев А.И.

МЛПУ «Клиническая больница №1», г. Смоленск

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»

Система здравоохранения России, включая и Смоленскую область переживает переходный период от социалистической модели к многоукладной, делаются попытки официальных властей выстроить страховую модель медицины. В этих условиях особую актуальность приобретает проблема оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества.

На базе муниципального лечебно-профилактического учреждения «Клиническая больница №1» г. Смоленска в 2005 г. создана новая структурная единица — отделение диагностических и малоинвазивных технологий.

Цель проекта: предоставить пакет медицинских услуг населению в виде высокотехнологичных и наукоемких малоинвазивных методик диагностики и лечения.

Основные задачи отделения

1. Проведение диагностических исследований населению г. Смоленска и области.
2. Проведение высококвалифицированной диагностической (биопсии) и лечебной работы (пункции, установка дренажей) с использованием ультразвуковых, эндоскопических методов исследования и визуализации.
3. Внедрение в практику новых методов ультразвуковой, компьютерной и эндоскопической диагностики.
4. Взаимосвязь и преемственность в работе с другими лечебно-диагностическими подразделениями учреждений здравоохранения.
5. Создание электронной базы данных пациентов, нуждающихся в диагностических или лечебных малоинвазивных вмешательствах и находящихся в группе риска по соответствующим заболеваниям.
6. Разработка мероприятий по улучшению качества диагностической помощи.
7. Освоение и внедрение новых диагностических методик и новой ультразвуковой диагностической аппаратуры.

В соответствии с основными задачами в отделении осуществляются следующие диагностические и лечебные направления: ультразвуковое исследо-

вание (УЗИ) внутренних органов, УЗ-мониторинг во время малоинвазивных манипуляций (МИМ), УЗ-мониторинг после МИМ для оценки риска осложнений, пункционно-аспирационная биопсия, трепан-биопсия, наложение лапароцентеза, установка дренажа/катетера, чрескожная чреспеченочная холецистохолангиография, эндоскопическое УЗИ, пункционно-аспирационная биопсия при эндоскопическом УЗИ, трепан-биопсия при эндоскопическом УЗИ, склеротерапия очаговых поражений внутренних органов, электрохимический лизис очаговых поражений печени, денситометрия, мобильная доплерография.

Штатное расписание отделения включает ставки заведующего отделением (0,5), врача-хирурга — (1,0), врача УЗ-диагностики — (1,0), врача клинической лабораторной диагностики — (0,5), врача-эндоскописта — (0,5), врача-анестезиолога — (0,5), среднего медицинского персонала — (3), младшего медицинского персонала — (1,0). Уникальность такого отделения в том, что в штат отделения входят врачи разных специальностей, что позволяет лучше координировать работу, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс.

Еще одной особенностью отделения является использование внебюджетных источников финансирования и спонсорства с учетом сложности этапа формирования отделения.

Часть МИМ проводится амбулаторным пациентам. Большинство МИМ проводится больным, находящимся в отделениях МЛПУ «Клиническая больница №1», а также пациентам, которые госпитализируются в хирургическое или гастроэнтерологическое отделение на время проведения МИМ и мониторинга состояния после МИМ. Госпитализация осуществляется после осмотра сотрудниками отделения для решения вопроса о технической возможности проведения манипуляции.

За 2006 г. отделением диагностических и малоинвазивных технологий МЛПУ «Клиническая больница №1» было выполнено 3130 манипуляций, из них 1894 (60,5%) составили МИМ. Большую часть МИМ составляли пункционно-аспирационные биопсии с УЗ-мониторингом — 1350 манипуляций (71,3%).

Наиболее востребованы МИМ хирургическим отделением (43,9% от общего числа МИМ), из них 32,4% проведены пациентам, госпитализирован-

ным по направлению специалистов отделения диагностических и малоинвазивных технологий. Больным пульмонологического профиля было проведено 18,9% от общего числа МИМ, гастроэнтерологического профиля — 13,1%, из них 27,2% МИМ проведены пациентам, госпитализированным по направлению специалистов отделения диагностических и малоинвазивных технологий. Чаще всего МИМ проводились при очаговых поражениях внутренних органов 878 МИМ (65%), при плевральном и абдоминальном выпотах — 403 МИМ (29,9%).

Таким образом, отделение диагностических и малоинвазивных технологий как структурная единица МЛПУ за 1,5 года своего существования смогло доказать свою эффективность. В одной структуре объединены высококвалифицированные специалисты разных специальностей, работающие с высокотехнологичными и наукоемкими методиками, что обеспечивает системный подход, сосредоточение на нуждах потребителя, использование научной методологии. Все эти условия обеспечивают непрерывное повышение качества медицинской помощи в системе муниципального здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Волков И.Е., Новиков Ю.А., Сазонов О.В., Урсова Н.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Необходимость в проведении экстракорпоральной детоксикации большей частью диктуется неэффективностью антибактериальной, инфузионно-детоксикационной терапии, либо невозможностью проведения их в достаточных дозах и объемах.

Сравнительная оценка экстракорпоральных методов детоксикации проводилась на материалах работы отделений реанимации в муниципальных учреждениях здравоохранения Ивановской области за пять последних лет. Всего обследовано 220 больных, применяя следующие методики: плазмаферез (ПФ) — 117 человек, плазмасорбция (ПС) — 42, гемосорбция (ГС) — 29, гемофильтрация (ГФ) — 32. Данные методики применялись наряду с традиционными методами лечения и способами детоксикации.

Критериями оценки эффективности методик и их сравнительных характеристик являлись: общее состояние и самочувствие больного, данные клинических и биохимических анализов. Из лабораторных анализов контролю до и после процедур подвергались: общий анализ крови, коагулограмма (в большей степени интересовал уровень фибриногена), среднемолекулярные пептиды (СМП), связывающая способность альбумина, суточная экскреция СМП с мочой, внеэритроцитарный гемоглобин, билирубинемия, азотемия, ферментемия. Кратность процедур, интервалы между ними определялись динамикой состояния больного и лабораторных данных.

Статистический анализ полученных материалов выявил преобладание плазмафереза над другими способами в плане детоксикации и возможности воздействия на гомеостаз, так как в результате обмена плазмы происходит: а) непосредственное удаление патологического субстрата, б) коррекция волемии, в) коррекция дефицита плазмы по определенным ее компонентам (белок, факторы свертывания), г) опосредованный эффект детоксикации — разгрузка ретикулоэндотелиальной систе-

мы, эффект деплазмирования форменных элементов.

Методика проведения ПФ технически достаточно проста: по окончании прерывистого забора крови больного принудительным образом из магистральной вены, производится сепарация ее центрифужным способом. Полученный объем плазмы удаляется, эритроцитарная масса возвращается пациенту. Данный цикл повторяется до тех пор, пока объем удаленной плазмы не будет равен запланированному. После этого начинается возмещение донорскими препаратами крови общего удаленного объема. Повторные процедуры проводились в зависимости от динамики патологического процесса: общее состояние больного, лабораторные показатели. Возможные осложнения в ходе ПФ связаны либо с забором крови, либо с возмещением. Первое легко профилактируется скоростью и объемом эксфузии, второе имеет иммуно-аллергический характер и купируется антигистаминными, гормональными препаратами.

Отмечено снижение интереса к гемосорбции, как методу экстракорпоральной детоксикации. ГС проводилась по стандартной методике веновенозным доступом с использованием магистральных сосудов. Перфузия осуществлялась роликовым насосом через производственные угольные и синтетические сорбенты. Длительность процедуры зависела от вида сорбента и составляла от 40 до 60 минут на одну сорбционную колонку. В ходе процедуры использовались от одной до трех колонок. Предварительно проводилась гепаринизация больного и колонки, аутогемопокрытие сорбента. Повторные сеансы проводились редко ввиду плохой переносимости процедуры пациентами — возникновение потрясающих ознобов в ходе или сразу по окончании манипуляции. Подобное осложнение, имеющее иммуно-аллергическую природу является основным, анемизация после процедур также считается неблагоприятной.