

вторых, мы отметили в эксперименте удлинение времени в 2–3 раза по сравнению с нормой элиминации краски из забрюшинной клетчатки у выживших животных, также спустя несколько месяцев после эксперимента.

Несомненно, одним из последствий перенесенного перитонита в эксперименте и в клинике является скрытое необратимое нарушение лимфодренажа из брюшной полости и из параперитонеальных тканей, секвестрация части лимфатического русла, возможна хроническая инфекция этих участков, а при неблагоприятных условиях обострение воспаления и возникновение забрюшинной флегмоны.

Только так мы могли объяснить патогенез поздней забрюшинной флегмоны, когда исключались другие ее причины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В плане профилактики дремлющей инфекции, спайкообразования и забрюшинной флегмоны мы думаем, по показаниям можно рекомендовать в комплексной терапии незаслуженно забываемое эндолимфатическое введение лекарственных препаратов, антибиотиков и лимфотропную терапию. В своей практике мы это выполняем по показаниям, а об окончательной излеченности после острого воспаления при отсутствии жалоб больного судим дополнительно по показателям общеклинических и биохимических исследований.

О.Б. Очирова, Ю.Д. Доржиев

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОТМОРОЖЕНИЙ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)

Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения отморожений является запоздалая диагностика истинной тяжести травмы. В дореактивном периоде вследствие скудности клинических проявлений диагностика глубины поражения холодом невозможна. Поэтому, по нашему мнению, показанием для госпитализации является подозрение на возможное развитие тяжелых степеней отморожения. Используемая в практической работе морфологическая классификация отморожений отражает только конечный результат поражения тканей холодом и проведенного лечения, к тому же проявляется в позднем реактивном периоде.

На наш взгляд, стремление врачей сразу определить степень отморожения является заблуждением, так как при этом ошибочно отождествляются степень первичного поражения и глубина повреждения тканей. В дореактивном периоде отморожения можно только различить формы местного поражения тканей: охлаждение, ооченение, оледенение. Диагностика их несложна и не требует специального оснащения.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Задачей настоящего исследования является определение значимости использования морфологической классификации отморожений в госпитализации больных и важности применения индекса тяжести отморожения (ИТО) в диагностике и лечении больных с холодовой травмой различной степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании использованы данные с 1998 по 2007 год по приемному отделению городской больницы скорой медицинской помощи. За данный период с холодовой травмой обратилось 317 человек, из них 211 пострадавших — в период с 1990 по 1998 гг. (первая группа) и 106 (вторая группа) — в период с 1998 по 2002 гг.

У пострадавших первой группы степень отморожений диагностировали по общепринятой четырехстепенной классификации; для больных второй группы показанием для госпитализации была глубина поражения тканей.

Из 211 пострадавших первой группы, обратившихся за медицинской помощью, были госпитализированы 135 (64 %), остальные были отпущены домой и в последующем госпитализированы в позднем реактивном периоде травмы с развившимися необратимыми изменениями пораженных тканей. Число обращений на одного больного составило 1,36.

Во второй группе из 106 больных, обратившихся в раннем периоде после травмы, госпитализировано 101 (95,28 %), только пятеро пострадавших были направлены на амбулаторное лечение и поступили повторно. Число обращений на одного больного составило 1,05.

Выделение основных форм местного поражения тканей позволяет не только определить глубину поражения, но и оценить тяжесть травмы.

Индекс тяжести отморожения (ИТО) был основан на определении объема глубокого поражения в условных единицах. Объем любого пальца приравнен к 1 единице, поражение до средней трети пястных костей и плюсневых костей — к 10 единицам, всей кисти и половины стопы — к 20 единицам, всей стопы — к 40 единицам.

При поступлении больных в адинамической стадии общего охлаждения прибавляется 10 единиц, в ступорозной стадии — 30 единиц, в судорожной — 45 единиц.

Тяжесть травмы при показателях ИТО до 40 единиц расценивалась как легкая, от 41 до 80 единиц — средняя, от 81 до 120 единиц — тяжелая, более 120 единиц — крайне тяжелая.

В практической работе показатели ИТО позволяют нам обосновывать показания для лечения пострадавших с тяжелой травмой в отделении интенсивной терапии, проведения экстракорпоральной детоксикации и определения объема инфузионной терапии. Использование их позволило снизить сроки лечения при глубоких отморожениях с 58,18 до 33,51 дней, а выход на инвалидность — с 48,7 до 23,4 %.

**А.П. Перинов, Г.С. Бадмаева, П.И. Косоротиков, В.Е. Нелип,
И.А. Шагдурова, Э.С. Красник**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БУРЯТИИ

Бурятский Республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)

Злокачественные новообразования молочной железы остаются актуальнейшей клинической проблемой современной клинической онкологии в России и в большинстве развитых стран мира. Это связано с высокой заболеваемостью раком молочной железы (РМЖ) у женщин, большими затратами на лечение и большим удельным весом в смертности от злокачественных новообразований.

Рак молочной железы занимает I место в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями. В России РМЖ занимает I место по заболеваемости у женщин в возрасте 40—69 лет и II место у женщин в возрасте 15—39 лет (после рака шейки матки) и от 70 лет и старше (после рака ободочной и прямой кишки). В 2005 году заболеваемость раком молочной железы составила в Республике Бурятия 31,2 на 100000 женщин. В соседней Иркутской области этот показатель составил 47,5, а в Читинской области — 43,3 на 100000 женщин (по данным Вестника Российского Онкологического Научного Центра имени Н.Н. Блохина в 2005 году).

В республике Бурятия рак молочной железы продолжает занимать III место в общей структуре заболеваемости злокачественными опухолями, уступая только раку легкого и раку желудка. В женской популяции РМЖ прочно стоит на I месте. Так, в 2003 году было выявлено 207 больных раком молочной железы, в 2004 — 215, в 2005 — 210, в 2006 — 224, в 2007 году — 227 первичных больных раком молочной железы. Несомненно, отрадным является факт улучшения качества первичной диагностики. В настоящее время маммографы установлены практически во всех ЦРБ и поликлиниках г. Улан-Удэ. Ежегодно применяются различные методы подготовки практических врачей первичного звена по вопросам онкологии. В 2007 году возрос процент выявленных больных с I—II стадией заболевания (64,8 % по сравнению с 58,0 % в 2003 году). Именно при этих стадиях заболевания удастся получить наиболее высокую продолжительность жизни и проводить лечение с наименьшими затратами. Также снизилось число больных с распространенными стадиями: на долю III стадии РМЖ сейчас приходится не более 29,1 %, а IV стадию констатируют всего у 6,1 % пациенток. В настоящее время 5 лет и более живет 984 больных раком молочной железы.

Рак молочной железы — уникальная опухоль, чувствительная практически ко всем существующим методам воздействия (лучевая, химио- и гормонотерапия, таргетная терапия). Однако хирургический метод лечения остается ведущим в лечении больных РМЖ. «Золотым стандартом» современной хирургии РМЖ являются два типа вмешательства: радикальная мастэктомия и радикальная резекция, что и проводится на базе Бурятского Республиканского онкологического диспансера. К сожалению, основная масса больных нуждается дополнительно в проведении полихимиотерапии, лучевой терапии, гормонотерапии, а в последние годы и в назначении таргетной терапии.

Таким образом, ранняя диагностика и современные методы лечения рака молочной железы позволяют значительно улучшить прогноз и продлить жизнь большинству пациенток. Важнейшей задачей является и повышение качества жизни больных.