

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Предлагаемым способом обследовано 14 пациентов с предварительным диагнозом ахалазии кардии II—III степени. Диагноз выставлялся на основании комплексного обследования, включавшего ФЭГДС, эндоскопическую ультрасонографию, рентгеноскопию с барием. При выполнении эзофагеальной манометрии с проведением фармакологической пробы у 8 пациентов установлен органический характер спазма НПС, у остальных 6 — функциональный кардиоспазм.

Всем 6 пациентам с диагнозом кардиоспазма проводилась консервативная терапия включавшая проведение 4—6 сеансов пневматической кардиодилатации с интервалами 4—5 дней и экспозицией 3—5 минут с последующим назначением нитросорбида или коринфара (по 1 таблетке до еды) и седативных препаратов. Восемью пациентам с ахалазией кардии выполнено оперативное лечение в объеме тотальной демускуляризации суженного отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне.

Результаты оценивали через 6 месяцев после первого сеанса кардиодилатации или операции с последующим ежегодным контролем. Средний срок динамического наблюдения пациентов составил $6,2 \pm 3,5$ года.

В группе пациентов, получавших консервативную терапию, у всех больных отмечен хороший и стойкий положительный эффект, при этом у двух пациентов рецидива не отмечалось в течение всего периода наблюдения. У остальных четырех пациентов рецидивы спазма отмечались не раньше, чем через 2 года после первого курса пневмодилатации и также успешно купировались повторными курсами.

Среди 8 оперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде никаких хирургических осложнений не отмечалось. Эффект от лечения наблюдался с первых дней после операции и сохранялся на протяжении всего периода динамического контроля. Рецидивов не отмечено ни у одного из пациентов данной группы.

ВЫВОД

Предлагаемый способ дифференциальной диагностики позволяет установить основные причины повышения тонуса и нарушения расслабления НПС у пациентов с диагнозом ахалазии кардии, с последующим выбором адекватного плана лечебных мероприятий для получения наиболее благоприятного результата.

Г.Ф. Жигаев, А.Д. Быков, И.С. Зутьхарова

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)**

Холецистэктомии по поводу желчекаменной болезни в 15,2—23,6 % случаев заканчиваются внутренними дренирующими операциями, необходимость которых вызвана патологией внепеченочных желчных путей (Федоров В.О., 2001; Pedrazzolis et al., 1999). Отмечающийся рост числа пациентов с этой патологией и расширение круга оперирующих хирургов, в том числе проводящих эндоскопические холецистэктомии, привело к увеличению осложнений, связанных с выполнением неадекватных по объему операций и увеличению повторных и реконструктивных вмешательств.

Данное исследование основано на анализе результатов оперативного вмешательства 53 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы г. Улан-Удэ. Им были выполнены повторные операции на желчных путях после стандартных (в т.ч. эндоскопических) холецистэктомий в связи с развившимися осложнениями.

Ранние релапоротомии были выполнены у 19 (35,8 %) больных. Основной причиной было прогрессирование и развитие желчного перитонита, вследствие подтекания желчи из ложа пузыря у 9 пациентов, повреждения холедоха в 6, несостоятельности ХДА в 4-х случаях.

Причиной поздних повторных операций у остальных 34 больных были неустановленные во время первой операции патологии холедоха: резидуальные камни холедоха — у 14 больных, рубцовое сужение терминального отдела холедоха — у 8, посттравматическая стриктура холедоха — у 3, наружный желчный свищ — у 3, недостаточное дренирование общего желчного протока, вызванное ростом опухоли после ранее выполненной билиодигестивной операции, — у 6 пациентов.

Повторно большим выполнены следующие операции: холедохотомия и холедохолитотомия в сочетании с дренирующими операциями — 21 больному, супрадуоденальный ХДА — 13, гепатикохолангиоэнтероанастомоз с отключением тонкой кишки — 4, фистулоэнтеростомия — 3, пластика гепатохоледоха на скрытом дренаже — 3, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика — 4, холедохоеюноанастомоз с ЭЭА — 2, сквозное транспеченочное дренирование гепатикохоледоха — 2 больным.

В послеоперационном периоде умерло 7 (13,2 %) больных, причинами смерти явились: пневмония, печеночная недостаточность, прогрессирование опухолевого процесса, т.е. они не были прямым следствием повторных операций. У остальных пациентов результаты лечения были хорошими.

Приветствуя развитие медицинских технологий, мы, тем не менее, должны отметить, что во время проведения любых оперативных вмешательств большое значение имеет способность хирурга правильно оценивать интраоперационную картину и умение выбирать адекватный объем оперативного вмешательства.

И.П. Зундуева, В.П. Амагыров

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОМ ЛПУ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Одним из приоритетных направлений государственной политики является сохранение доступности для населения бесплатной медицинской помощи. В системе здравоохранения Российской Федерации стационарная помощь занимает существенное место и является наиболее ресурсоемкой. На нее затрачивается 70–80 % всех финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение в целом (Пакус И.А., 2002). Именно поэтому перед организаторами здравоохранения и, прежде всего, перед руководителями лечебно-профилактических учреждений, стоят задачи оптимизации процессов управления качеством клинической практики. Важным компонентом управленческой парадигмы выступает необходимость учета и рационального расходования ресурсов системы здравоохранения вне зависимости от способов ее финансирования. Оптимизация параметров расходной части бюджета стационара в первую очередь должна касаться самых финансово емких статей — фонда оплаты труда и расходов на медикаменты. Затраты на медикаменты в структуре бюджета крупной многопрофильной больницы составляют от 12 до 19 % (Алексеев Н.А., Алексеев М.Н., 2007). В условиях недостаточного финансирования отечественного здравоохранения, медленного внедрения современных ресурсосберегающих методов лекарственного обеспечения, нерационального использования лекарственных средств, проблемы оптимизации лекарственной помощи больным в учреждениях здравоохранения стационарного типа не теряют своей актуальности. Их следует рассматривать с двух точек зрения: клинической, охватывающей круг вопросов, связанных с использованием рациональной фармакотерапии и обеспечением безопасности применяемых ЛС, и экономической, обусловленной минимизацией затрат на лекарственные средства в целях обеспечения их доступности (Мошкова Л.В. и др., 2000; Мороз Т.Л., 2001; Солоница А.В., 2001; Астахова А.В. и др., 2004).

ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангاپова» самое крупное лечебное учреждение г. Улан-Удэ на 445 коек, оказывающее круглосуточную экстренную медицинскую помощь жителям города и Республики Бурятия. Ежегодно в стационаре получают лечение более 12,5 тысяч пациентов с наиболее тяжелой патологией разного профиля. В условиях жесткого финансового дефицита, низкого социально-экономического статуса большинства госпитализируемых пациентов, рациональная организация лечебно-диагностического процесса является приоритетной задачей. Введение Приказом Министерства здравоохранения РФ №131 от 05.05.1997 г. должности врача — клинического фармаколога содействовало появлению в практическом здравоохранении специалистов, обеспечивающих более целесообразный контроль за правильностью использования лекарственных средств. Создание формулярного комитета, комиссии по рациональному использованию лекарственных средств позволило внедрить в практику действующий формуляр на основе принципов доказательной медицины.

Работа начата с анализа перечня закупаемых лекарственных средств, оценки использования препаратов в отделениях, выявления наиболее типичных ошибок в лечении. Список приобретаемых в 2000 году препаратов аптекой насчитывал около 320 наименований препаратов. Результаты ABC анализа показали, что структура закупаемых медикаментов была представлена следующим образом: антибактериальные препараты 28 %, инфузионные среды 16 %, наркотические средства и средства, используемые для анестезии 8 %, прочие — 48 %.

В группе антибиотиков преобладали природные и полусинтетические пенициллины, аминогликозиды 1 и 2 поколений, цефалоспорины 2 поколения. Инфузионные среды включали, в основном, растворы, изготавливаемые в производственном отделе аптеки. В группе «прочие» наряду с прямыми антикоагулянтами, инсулинами, антитромботическими средствами существенное место занимали препараты вспомогательного действия: витамины группы С, В, Е, гемодез, рибоксин, АТФ, алоэ и т.д. в целом, составившие более 30 %.