

(ARS) — цифровая одиночная камера, цветовые системы PAL, NTSC со встроенным цифровым модулем обработки изображений. Набором лапароскопов DCI® HOPKINS® II (крупноформатная оптика — 10 мм), троакаров, щипцов, ножниц, диссекторов, экстракторов Karl Storz ClickrLine®.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными показаниями для проведения лапароскопии при стерильном панкреонекрозе, осложнением которого явилось развитие ферментативного перитонита, были: наличие свободной жидкости более чем в трех отделах брюшной полости без тенденции к уменьшению в течение 24 — 48 часов, присутствие явлений ферментативной токсемии, нарастание полиорганной недостаточности на фоне проводимой многокомпонентной консервативной терапии. Развитие панкреонекроза, осложненного ферментативным асцит-перитонитом, подтверждалось клинико-лабораторными и инструментальными показателями, свидетельствующими о неэффективности проводимой многокомпонентной консервативной терапии в течение 3 — 5 суток от момента госпитализации с нарастанием уровня эндотоксемии и как следствие, появлением нарушений функции органов и систем. Данный факт также находил свое отображение в нарастании исходной суммы баллов по факторам прогнозируемого риска по интегральным шкалам ТФС и APACHE II. Пациенты оперированы в объеме лапароскопической санации, дренирования брюшной полости и сальниковой сумки. Несмотря на проведенный комплекс консервативных и оперативных мероприятий у 5 (8,9 %) больных отмечено прогрессирование патологического процесса и инфицирование зон деструкции ткани железы и экссудата брюшной полости, что потребовало выполнения лапаротомии и использования «закрытых» и «полуоткрытых» методов дренирования брюшной полости и сальниковой сумки, при этом умерло 2 (3,6 %) больных.

ВЫВОДЫ

Таким образом, комплексное лечение больных стерильным панкреонекрозом, осложненным развитием ферментативного асцит-перитонита, при имеющихся строгих показаниях, должно включать применение лечебно-диагностической лапароскопии, как более информативного, менее опасного и травматичного, а также, более эффективного метода хирургического вмешательства по сравнению с традиционной лапаротомией. Лечебно-диагностической лапароскопии, при имеющихся показаниях, должно отдаваться предпочтение перед консервативными методами лечения.

А.П. Сахарюк, В.В. Шимко

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНФАРКТАМИ И ИНСУЛЬТАМИ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ

**ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Благовещенск)**

АКТУАЛЬНОСТЬ

В нашей стране ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают более 15 млн. человек, а в структуре смертности эта патология достигла катастрофических значений — более 56,4 %, которая чаще всего обусловлена острым атеротромбозом, в 50 % развивающимся на фоне полного здоровья.

В Дальневосточном регионе ежегодно должно выполняться до 3000 — 4000 каротидных эндартерэктомий, до 10000 чрескожных рентгеноэндоваскулярных вмешательств, 1,5 — 2 млн. флебэктомий. Реальные объемы этих вмешательств не превышают 10 — 15 % от необходимых. Отсутствует сердечно-сосудистая направленность здравоохранения, нет кадров, полноценно владеющих этой специальностью.

МЕТОДОЛОГИЯ

Патология сердца и сосудов требует своевременной диагностики, рентгеноэндоваскулярного или хирургического лечения, проведения непрерывных реабилитационных мероприятий, которые невозможно осуществить только на специализированных сердечно-сосудистых койках круглосуточных стационаров, общехирургических койках круглосуточных стационаров, амбулаторных приемах в поликлиниках. Специализированные и общехирургические койки круглосуточных стационаров характеризуются малой пропускной способностью, невозможностью охвата всех нуждающихся реабилитационными мероприятиями. Особенности амбулаторной сердечно-сосудистой помощи является то, что реабилитацией в поликлиниках занимаются терапевты, кардиологи, невропатологи, хирурги: сердечно-сосудистый хирург, ангиохирург и ангиолог отсутствуют в штатном расписании амбулаторно-поликлинических учреждений, в составе консультативно-диагностических центров хирург выполняет роль консультанта.

Выход из тупика — создание региональных сосудистых центров сердечно-сосудистой хирургии, включающих отделения: кардиохирургии, рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения, нарушений сердечного ритма, хирургии сосудов, амбулаторной диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии, выездной неотложной сердечно-сосудистой помощи. Региональный сердечно-сосудистый центр должен быть юридическим лицом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

К сожалению, национальный проект «Совершенствования помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» нередко организаторы здравоохранения на местах трактуют однобоко, уделяя основное внимание тромболитической терапии при лечении острого коронарного синдрома и острых нарушений мозгового кровообращения, компьютерной диагностике ишемического процесса и перспективе направления этой категории больных в федеральные сердечно-сосудистые центры. В итоге только у 3–5 % больных в сроки «терапевтического окна» в региональных сосудистых центрах восстанавливают кровоток причинных артерий вызвавших инфаркт или инсульт. Мы наблюдаем, как региональные сердечно-сосудистые центры создают на базе нескольких лечебных учреждений с разными формами собственности, что значительно затрудняет руководство, стратегию, оказание медицинской помощи пациентам сердечно-сосудистого профиля.

ВЫВОД

Необходимо формирование законодательной, правовой, нормативной базы по организации региональных сердечно-сосудистых центров в Дальневосточном регионе, учитывая площадь, плотность населения, используя потенциал учреждений, осуществляющих конкретные направления деятельности по профилю сердечно-сосудистая хирургия в регионе.

А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.П. Иванова, Н.В. Канюшкин, Е.В. Дерягин

ПОЧЕМУ МЫ НЕ ПРОВОДИМ ПРОФИЛАКТИКУ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ?

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на активную популяризацию необходимых мер профилактики венозного тромбоза, количество эмбоогенных осложнений и развитие постэмболической легочной гипертензии не имеет тенденции к снижению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 г. № 233 утвержден отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Профилактика тромбозов легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах» (ОСТ 91500.11.0007-2003). В течение последних пяти лет Министерством здравоохранения России четырежды издавались методические рекомендации: Савельев В.С. Профилактика послеоперационных венозных тромбозов и тромбоэмболий. — М., 2000. — 20 с.; Шевченко Ю.Л., Савельев В.С. Профилактика тромбозов и тромбоэмболий у хирургических больных в многопрофильном стационаре. — М., 2004. — 24 с.; Савельев В.С., Бокарев И.Н. Венозные тромбозы и тромбоэмболии легочных артерий (венозные тромбозы и тромбоэмболии). — М., 2006. — 20 с.; Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболий от 27.11.2009. В них отражены принципы профилактических мероприятий, выделены степени риска развития тромбозов и тромбоэмболий, разработаны схемы специфической профилактики и их лабораторного контроля. Нами проведена очная и заочная целевая экспертиза профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате выполнения компрессионного регламента выявлено всего у 14 % оперированных больных. Из них в 12 % применялись эластические бинты, в 2 % — госпитальный медицинский трикотаж. Прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей не применяется в клиниках и больницах Амурской области. Минимальная травматичность вмешательств, раннее вставание после оперативного лечения отмечено в 43 % случаев. Анализ выполнения специфической медикаментозной профилактики