

Таблица 1

**Результаты исследования продуктов ПОЛ и АОС у больных после резекции желудка
по Бильрот II – Витебскому и Бильрот II – Бальфуру**

Продукты ПОЛ и АОС	Контрольная группа n = 10	Вид резекции желудка	
		по Бильрот II – Витебскому, n = 25	по Бильрот II – Бальфуру, n = 22
МДА, нмоль/л	9,06 ± 0,37	3,81 ± 0,26*	3,15 ± 0,32*
ДК, нмоль/л	12,04 ± 0,41	3,94 ± 0,08*	2,77 ± 0,15*
каталаза, кат/л	217,11 ± 20,23	320,60 ± 17,12*	300,00 ± 0,11*
СОД, у.е./мл	10,90 ± 0,68	18,34 ± 1,01*	15,12 ± 0,10*

Примечание: * – разница статистически достоверна, $p \leq 0,05$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нарушение окислительно-восстановительных процессов у больных, оперированных по поводу язвенной болезни, находятся в зависимости от способа оперативного вмешательства. Это поможет установить прогностические критерии развития тех или иных осложнений в исходе хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В.А. Корьяк¹, Г.В. Сидорова², О.М. Черникова²

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ *Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

² *Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)*

Высокая частота заболеваемости опорно-двигательного аппарата: от 88 до 220,3 больного на 1000 осмотренных имеет большое социально-экономическое значение в связи с частым наступлением стойкой и временной утраты трудоспособности [Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., 2004, 2005].

В течение десятилетия по Иркутской области отмечается стабилизация общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы. В 2001 году этот показатель был равен 111,7 ‰, а в 2010 – 113,4 ‰. В Иркутской области в амбулаторном лечении нуждается 99,97 % больных с ортопедической патологией (Сидорова Г.В. с соавт., 2011).

Амбулаторно-поликлиническая служба в общей системе оказания травматолого-ортопедической помощи населению играет чрезвычайно важную роль. Сопоставление уровней обращаемости и госпитализации пациентов с ортопедическими заболеваниями показывает, что только 7,8 % больных были госпитализированы для лечения в медицинские учреждения. Это говорит о том, что в амбулаторном лечении нуждаются 82 % больных. Таким образом, на амбулаторно-поликлинические учреждения падает существенная часть объема помощи ортопедическим больным. В последние годы число амбулаторных травматолого-ортопедических отделений имеет тенденцию к росту. К сожалению, в этих кабинетах оказывают, в основном, травматологическую помощь. Диспансерное наблюдение ведется в небольшом объеме. Из всех больных с патологией костно-мышечной системы, обратившихся за помощью, под диспансерным наблюдением находились 8,2 % взрослых, 29,6 % детей и 34,1 % подростков (Миронов С.П., 2010).

Из 12 субъектов РФ, входящих в состав Сибирского федерального округа, лишь Иркутская область не имеет специализированных коек для оказания помощи взрослым пациентам с патологией опорно-двигательной системы. В отличие от травматологической помощи, специализированная помощь в амбулаторных условиях для взрослых пациентов с костно-мышечной патологией не организована. Прием таких пациентов ведут терапевты, хирурги, ревматологи, неврологи и другие специалисты. Больные с патологией костно-мышечной системы наблюдаются практически только в педиатрических учреждениях.

В патологии костно-мышечной системы значимая роль (55–70 %) отводится остеоартрозам. В структуре заболеваемости остеоартрозами ведущая роль принадлежит коксартрозам, которые занимают, по данным разных источников, от 10–12 до 20 % (Героева И.Б., 1994; Миронов С.П., 2001).

В клинике НЦРВХ СО РАМН было проведено анкетирование пациентов (250 человек) с коксартрозами за период 2008–2011 гг. Вопросы в анкете сформулированы так, чтобы выяснить, какой объем и характер лечебных и реабилитационных мероприятий получал больной. Часть вопросов определяла особенности ведения пациента на догоспитальном этапе.

Опрошенные пациенты живут в разных районах Иркутской области (39,4 % из них иркутяне). Мужчины среди них составляют 42,4 %, женщины — 57,6 %. Средний возраст пациентов — $54,8 \pm 13,2$ года.

Независимо от места проживания проблемы пациентов с коксартрозами очень схожи. В результате опроса выяснилось, что 88 % пациентов наблюдались по месту жительства у хирургов, терапевтов, ревматологов. О возможности операции эндопротезирования тазобедренных суставов бесплатно по системе ОМС в НЦРВХ СО РАМН многие пациенты узнают случайно. Некоторые больные (2 %) долгое время получали по месту жительства лечение от заболеваний позвоночника. Диагноз коксартроза выставляется поздно на III–IV стадиях развития. Часть пациентов получали неверную информацию о порядке постановки на очередь для получения квоты на эндопротезирование тазобедренных суставов, что привело к потере времени больным и ухудшению его самочувствия.

Совершенствование амбулаторной травматолого-ортопедической службы необходимо. Для этого можно предложить:

- комплектование учреждений амбулаторно-поликлинического звена квалифицированными травматологами-ортопедами в соответствии с потребностями региона;
- организацию получения достоверной, своевременной и полной информации о возможности лечения коксартроза;
- организацию амбулаторной помощи больным с патологией костно-мышечной системы;
- внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне;
- оснащение учреждений амбулаторно-поликлинического звена современным лечебно-диагностическим оборудованием;
- развитие реабилитационной службы.

Л.А. Лаберко, И.С. Растринин, А.Н. Кобзаренко

ПРЕВЕНТИВНАЯ УСТАНОВКА КАВА-ФИЛЬТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВТОРИЧНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Российский государственный медицинский университет (Москва)

Цель исследования: оценить результаты превентивной установки кава-фильтров у пациентов с высоким риском развития вторичных тромбоэмболических осложнений, имеющих противопоказания к проведению антикоагулянтной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты хирургического, травматологического и нейрохирургического профиля ($n = 80$) с высоким риском венозных тромбоэмболических осложнений. Из них мужчин было 30, женщин — 50, средний возраст составил 63–68 лет. Все пациенты соответствовали высокому риску венозных тромбоэмболических осложнений, как по характеру предстоящего оперативного вмешательства, так и сопутствующей соматической патологии. Модель исследования предполагала разделение пациентов на две группы. Каждому пятому пациенту (16 пациентов), были установлены съёмные кава-фильтры OptEase, фирмы Cordis до выполнения оперативного вмешательства. 64 пациентам проводили профилактику вторичных тромбоэмболических осложнений с использованием прямых антикоагулянтов в комплексе с компрессионным бандажом. Всем пациентам проводился лабораторный мониторинг с исследованием коагуляционного звена гемостаза, оценкой уровня тромбоцитов крови в динамике, ультразвуковой мониторинг вен нижних конечностей до полной активизации пациентов, а также перед удалением съёмного кава-фильтра. Показаниями к удалению кава-фильтра были регрессия факторов риска в послеоперационном периоде, полная активизация пациента, отсутствие при ультразвуковом ангиосканировании тромбоза в системе нижней полой вены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнений при установке кава-фильтров не было. При ультразвуковом ангиосканировании вен нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде, у 2 пациентов первой группы на 7-е сутки выявлен тромбоз суральных вен нижних конечностей, в одном случае — тромбоз берцово-подколенного сегмента. Эпизодов тромбоэмболии легочной артерии выявлено не было. В одном случае кава-фильтр был удален на 15-е сутки. В остальных случаях с учетом сохраняющихся факторов сохраняющихся факторов риска вторичных тромбоэмболических осложнений, кава-фильтры не удаляли. У 14 пациентов, которым в качестве профилактики вторичных тромбоэмболических осложнений использовали прямые