

Отдельного внимания заслуживает диагностическая служба, разместившаяся на 1-м этаже нового корпуса. Экспресс-лаборатория оснащена современным оборудованием, которое позволяет проводить лабораторные тесты в короткие сроки и на высоком уровне точности. Гематологический анализатор (8 параметров), анализатор газов крови (20 параметров), анализатор электролитов крови позволяют получить результаты через 1 минуту. Полуавтоматический биохимический анализатор, фотометр с проточной кюветой выдают результаты исследования через 5 — 15 минут. В экспресс-лаборатории проводятся лабораторные тесты для экстренных больных, обратившихся в приемное отделение и больных реанимационного профиля.

Сейчас эндоскопическое отделение имеет необходимый набор помещений, оснащено современным эндоскопическим оборудованием для проведения исследований желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, имеется возможность проведения исследований на эндовидеостойке, в связи с чем расширяются диагностические возможности исследований. Исследования проводятся больным всех возрастов, начиная с периода новорожденности. Отделение оснащено автоматической моечной машиной для обработки эндоскопов, шкафами с ультрафиолетовым облучателем для хранения аппаратуры. В недалеком будущем планируется организация круглосуточного режима работы отделения.

Кабинет ультразвуковой диагностики оснащен тремя ультразвуковыми сканерами, исследования проводятся на сканерах «Logic 7» и «Logic 9», которые являются аппаратами экспертного класса, обладают широким спектром диагностических возможностей. Третий аппарат портативный и предназначен для осмотра нетранспортабельных больных, преимущественно реанимационного профиля. В настоящее время кабинет работает в 12-часовом режиме.

Администрация ГК БСМП уверена, что все произошедшие изменения положительным образом повлияют на качество оказания экстренной медицинской помощи населению.

Е.В. Ангапова, Т.Ю. Павлова, Т.А. Алдаров

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ В БУРЯТИИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Рассеянный склероз (РС) — демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы с преимущественным аутоиммунным механизмом развития, ремитирующим течением, поражающее лиц молодого возраста и неизбежно приводящее к инвалидности.

Интерес неврологов к этой патологии постоянен и в настоящее время связан с появлением новых параклинических методик и (в связи с этим) новых критериев постановки достоверного диагноза «во времени и пространстве» по У.И. МакДональду и оценки инвалидизации по шкале EDSS.

Кропотливая работа неврологов по выявлению и лечению РС обусловлена также государственной поддержкой реализации проекта «Создание системы общественного мониторинга обеспечения лекарственными средствами в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения».

В республике Бурятия на 2004 г. насчитывалось 75 больных РС, что составляло 8,3 на 100000 населения, в РФ в целом — 24 — 60 случаев на 100000 населения, т.е. в 3 — 7 раз меньше. Заболеваемость РС из года в год увеличивается на большинстве территорий РФ. Это связано прежде всего с истинным увеличением числа больных и продолжительности их жизни, а также с совершенствованием методов ранней диагностики.

Проведена большая работа по созданию Регистра больных с РС по Республике Бурятия, где представлена база данных заболеваемости с учетом пола, возраста, места проживания, группы инвалидности и интерферонового препарата, получаемого больным.

Так, в Республике на настоящий момент зафиксирован 101 случай РС, среди них женщин — 62 (61,3 %), мужчин — 39 (38,6 %). По заболеваемости выделяются следующие районы: Заиграевский — 6 случаев, Кабанский — 6 случаев, район города Улан-Удэ, обслуживаемый 3-й поликлиникой, — 6 случаев (по 5,94 % каждый). В соотношении «город — село» следующая картина: по городу Улан-Удэ выявляемость РС составила 28 пациентов (27,7 %), по районам Республики — 72,3 %. Как и ожидалось, среди монголоидов РС болеют реже — 10 человек (9,9 %). Всем больным была проведена МРТ в режиме T1 и T2 с учетом клинических обострений, диагноз РС выставлялся достоверно.

Основной задачей составления электронного регистра является выявление и регистрация больных РС, а также оказание оперативной лечебной, профилактической и социальной помощи таким больным. Доминирующие позиции в современной патогенетической терапии, изменяющей течение РС, занимают интерфероновые препараты и копаксон. Эффективность применения этих препаратов в высоких дозах доказана при раннем выявлении достоверного случая РС. Активное функционирование регистра по-

зволит открыть новые направления в развитии обществ больных РС, создать возможность для обмена опытом преодоления сложных жизненных ситуаций.

Опыт работы зарубежных неврологов позволяет заключить, что РС поражает молодых, активно работающих людей, позднее выявление чаще связано с затрудненной диагностикой, а положение больных с РС в России существенно отличается от положения таких же больных в Западной Европе и США — в подавляющем случае из-за социальных факторов. В связи с этим огромное значение приобретает комплексная медико-социальная реабилитация больных РС. В настоящее время отказ больных от интерфероновых препаратов диктуется не только особенностями температурной общей реакции, но и необходимостью ежедневных подкожных или внутримышечных инъекций. Изобретение и поиск новых лекарственных форм, например, пероральных средств, для таких случаев были бы более приемлемыми для пациента для подавления эксацербации РС.

В наших случаях усиление спастичности при применении бетаферонов купировалось баклосаном, температурная реакция — парацетамолом, при сохранении длительной температурной реакции применялся трентал и преднизолон. В отделении проводилась первичная нейропротекция при обострении РС, стартовая первичная нейропротекция и «форсированная» с применением плазмолфера и метипреда, а также вторичная нейропротекция при неоднократном лечении больных РС: противовоспалительная — тренталом, нейротрофическая — преимущественно церебролизин, актовегин, антиоксидантная и ремиелинизирующая — мильгаммой.

Ведение и лечение больных с РС только в начале долгого пути. Ряд вопросов по ведению больных входит в разряд правовых и биомедицинских проблем. Выводы об эффективности терапии, течении и этнических особенностях, скорости инвалидизации и т.д. в связи с новыми подходами терапии могут быть изучены спустя несколько лет работы с регистром, по отдаленным результатам, медико-социальной помощи и катамнезу.

С.Ц. Аюшиева, Л.П. Ковалева

ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «АРШАН» НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

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

При хронических гепатитах всегда страдает гемодинамика печени, не последнюю роль в ее диагностике играет реогепаатография (РГГ), при проведении которой возможно оценить артериальный, порталный кровоток, венозный отток, кровенаполнение артериальных стволов различного диаметра, эластические свойства сосудов, общее периферическое сосудистое сопротивление. Достоинствами РГГ является простота, абсолютная безвредность метода, высокая чувствительность измерения, высокая динамичность, позволяющая наблюдать и фиксировать быстропротекающие процессы при изменении объема органа [3].

Реограмма печени очень вариабельна по своей форме, но всегда состоит из пресистолической и диастолической волн. Возникновение пресистолической волны связано с сокращением предсердий, когда возникает толчок в области основания аорты, который проводится по артериальным стволам. Систолическая волна отражает повышение скорости и величину кровенаполнения печени в начальной фазе систолы, а также сумму поступления в печень порталной и артериальной крови. Диастолическую волну формирует порталный кровоток и отток крови по печеночным венам, который в свою очередь зависит от венозного кровотока в правое предсердие. Амплитуда систолической волны обусловлена пульсовыми изменениями кровотока печеночной артерии, а диастолическая волна определяется порталным кровотоком на фоне угасающей артериальной волны и оттока крови из печени по печеночным венам. При нарастающем сужении просвета печеночной артерии происходит постепенное снижение амплитуды систолической волны. Это говорит о том, что в формировании систолической волны играет основную роль повышение объема крови, протекающей через печеночную артерию и ее ветви во время систолы и окольный артериальный кровоток. Путь распространения окольного кровотока длиннее, о чем свидетельствует время распространения пульсовой волны (ВРПВ) [1, 2].

В настоящее время для анализа РГГ используют первую производную дифференциальной реограммы, отражающую скорость кровенаполнения сосудов, что дает информацию о скоростных изменениях кровенаполнения сосудов изучаемого участка органа, что позволяет судить о тоне и эластичности сосудистой стенки, а амплитуда реограммы, выраженная в Ом по отношению к калибровочному сигналу позволяет говорить о величине объемных колебаний в органе [1, 2, 3].