

$$P_{об} = \frac{6.5 \times (6 - 0.5)}{5} \times 233 \times 60 \text{ мин.} = 107646 \text{ мин. (1)}$$

Как указывалось, в течение рабочего дня медицинская сестра 75% рабочего времени затрачивает на непосредственное проведение процедур, т.е. $K = 0.75$.

За одну условную единицу принимается 10 мин. рабочего времени медицинской сестры, т.е. $m = 10$. Следовательно, годовой объем работы медицинской сестры процедурного кабинета ($P_{об}$), рассчитанный по формуле 1, составляет

$$\frac{107646 \times 0.75}{10} = 8073 \text{ условные единицы}$$

Таким образом, представленные материалы по штатному нормированию труда среднего ме-

дицинского персонала лечебно-профилактических учреждений могут быть использованы в практике здравоохранения для установления численности среднего медицинского персонала, для анализа занятости медицинских сестер и соответствия численности персонала и объема работы, для принятия управленческих решений при формировании штатного расписания и оплате труда медицинского персонала.

SOME METHODOICAL APPROACHES TO MEDICAL PERSONAL STAFF ENSURING IN NEW ECONOMIC SITUATION

G.M. Gaidarov

(Irkutsk State Medical University)

Some methodical approaches to rate setting working of medical and paramedical personnel of hospital are presented.

Литература

1. Роговой М.А. Изучение затрат рабочего времени работников учреждений здравоохранения в целях нормирования (методические указания). - М.: Медицина, 1979. - 83 с.
2. Шипова В.М. Методические рекомендации по нормированию труда и экономическому анализу деятельности медицинского персонала больничных учреждений (отделений). - М.: НИИ им. Н.А. Семашко, 1993. - 39 с.
3. Методические рекомендации по нормированию труда медицинского персонала в условиях перехода к медицинскому страхованию. - М.: НИИ им. Н.А. Семашко, 1994. - 50 с.
4. Методика расчета стоимости и тарифа на оказание медицинской помощи. - М., НИИ им. Н.А. Семашко, 1994. - 38 с.
5. Рекомендации по нормированию труда и экономическому анализу деятельности медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений. - М.: НИИ им. Н.А. Семашко, 1994. - 50 с.
6. Стоимость лабораторного анализа. Методика расчета. - М.: НИИ им. Н.А. Семашко, Научно-методический центр по клинической лабораторной диагностике Минздравмедпрома РФ, 1994. - 60 с.
7. Шипова В.М., Гайдаров Г.М. Рекомендации по нормированию труда и анализу работы среднего медицинского персонала. - М.: НИИ им. Н.А. Семашко, 1995. - 20 с.

© ГУДЫНО Э.В. - 1998
УДК 616.13-002:616.97/.98

РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИЯ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ БОДАЙБИНСКОЙ ЦРБ

Э.В. Гудыно

(Бодайбинская ЦРБ, главный врач - И.В. Никулин, хирургическое отделение, зав. - В.Б. Соломинский)

Резюме. Представлен опыт лечения 45 больных с облитерирующими заболеваниями сосудов конечностей методом реваскуляризирующей остеотрепанации. В 43 случаях получены хорошие результаты. В 2 случаях компенсации кровотока достичь не удалось. Хотя реваскуляризирующая остеотрепанация не является конкурирующим методом лечения для реконструктивных операций, она может быть выполнена там, где реконструкция невозможна.

Лечение облитерирующих заболеваний сосудов конечностей не теряет своей актуальности до настоящего времени. Более того, эта проблема нарастает в связи с увеличением количества больных данной категории, увеличением удельного веса их в общем числе больных хирургического профиля. Особое значение лечение больных с облитерирующими поражениями сосудов конечностей приобретает в отдаленных районах, каким является Бодайбинский район. Консервативное лечение таких больных предполагает повторные госпитализации с длительным пребыванием в стационаре, с использованием не только дорогостоящих препаратов (трентал, агапурин, сермион, солкосерил, актовегин, мевакор, пармидин и др.), но и трудоемких процедур: УФО аутокрови, внутривенные и внутриартериальные инъекции, гипербарическую оксигенацию и др.

Вместе с тем эффект от консервативного лечения оставляет желать лучшего. Многие больные нуждаются в лечении в условиях ангиохирургического стационара. Направление же таких больных в областные клиники для обследования и выполнения реконструктивных операций требует больших материальных затрат, порой невозможных при современном финансировании лечебных учреждений районов. К тому же реконструктивные операции не всегда могут быть выполнены у больных с атеросклеротическими поражениями сосудов из-за частого наличия у них тяжелых сопутствующих заболеваний, поражения дистального сосудистого русла. Однако и такие сложные вмешательства, как реконструктивные операции на сосудах, не гарантируют полного выздоровления: через определенный срок требуются повторные операции из-за тромбозов реконструированных магистральных артерий и шунтов, успех которых зависит от общего состояния больных, времени от момента тромбоза до поступления в ангиохирургический стационар, тяжести ишемии конечности, мастерства хирурга и, в первую очередь, от состояния дистального сосудистого русла. В случаях, когда глубокая артерия бедра или голени на значительном протяжении поражена патологическим процессом (чаще всего атеросклерозом), выполнить повторную реконструкцию обычно не удастся. У таких больных судьба конечности зависит от степени компенсации ишемии за счет коллатерального кровотока.

Учитывая все вышесказанное, нами было обращено внимание на методику лечения больных с облитерирующими заболеваниями сосудов конечностей, разработанную в ангиохирургическом отделении Курганской областной клинической больницы кандидатом медицинских наук Зусмановичем Феликсом Наумовичем. Суть методики заключается в стимуляции коллатерального кровообращения путем наложения остеотрепанационных отверстий на небольших участках бедренной и большеберцовой костей, иногда костей таза и стопы, таким образом, что бы в каждой кости было по 6-9 отверстий, а площадь

трепанационного отверстия не превышала 1/6 площади поперечного сечения кости. Оперативное лечение проводится под спинномозговой или внутривенной анестезией. Масштаб вмешательства зависит от уровня окклюзии магистральной артерии, так как коллатеральный кровоток, вернее переток крови, должен исходить из зоны с нормальным перфузионным давлением. В первую очередь надо увеличить приток крови к бассейну, расположенному выше и проксимальнее уровня окклюзии магистрального сосуда, что и обеспечит в последующем достаточный переток по выключившимся и вновь образующимся коллатералям. Поэтому при окклюзии бедренно-подколенного сегмента выполняется трепанация бедренной кости и костей голени. При тромбозе аортобифemorального сегмента, кроме того, необходимо воздействие на кости таза, крестца и позвоночника.

В хирургическом отделении Бодайбинской ЦРБ операции реваскуляризирующей остеотрепанации (РОТ) производятся с 1993 года. За период с 1993 по 1998 год произведено 45 операций. Из них при окклюзии подколенного сегмента и берцовых артерий - 6 больным, бедренного сегмента - 22, подвздошных сегментов - 6, при панартериитах - 2, при болезни Рейно - 3, при тромбангиите - 1, при диабетических ангиопатиях нижних конечностей - 5.

По возрасту больные распределились следующим образом: 30-40 лет - 1 чел., 41-50 лет - 9, 51-60 лет - 16, 61 и старше - 19. Оперировано мужчин - 37, женщин - 8.

У оперированных больных наблюдались следующие стадии заболевания (классификация по В.И. Покровскому): 2 стадия - 19 больных, 3 стадия - 19 больных, 4 стадия - 7 больных.

Имели место также следующие сопутствующие заболевания: ИБС, постинфарктный кардиосклероз - 11 больных, церебросклероз с острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе - 12, нарушения сердечного ритма - 14, хронические заболевания легких - 21.

Осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, гнойных осложнений и летальных исходов среди оперированных больных не наблюдалось.

Клиническое улучшение у 43 больных наступило к 2 - 3 дню после операции и стабилизировалось к концу 2 - 3 месяца, что проявлялось исчезновением болей в покое, увеличением расстояния, проходимого больным по сравнению с дооперационным периодом. При болезни Рейно исчезала отечность и цианотичность пальцев, боли и дистрофические поражения мягких тканей пальцев.

Через 8 - 10 месяцев после перенесенной реваскуляризирующей остеотрепанации на одной конечности больные обращались в хирургическое отделение с просьбой о проведении этой операции на другой конечности, что и было выполнено у 19 из них.

Из 45 прооперированных не получены желаемые результаты у 2 (компенсации кровотока достичь не удалось). Это больные, являвшиеся злостными курильщиками, злоупотреблявшими алкоголем, перенесшие в прошлом неоднократные инфаркты миокарда или острые нарушения мозгового кровообращения с выраженной энцефалопатией.

Больной Тихончук Н.И. 60 лет, оперирован по поводу ишемии правой стопы 4 степени на почве атеросклероза и синдрома Лериша. В анамнезе дважды перенесенный инфаркт миокарда, ишемический инсульт с гемипарезом справа. Через 3 месяца после реваскуляризирующей остеотрепанации произведена ампутация до верхней трети правого бедра, осложнившаяся нагноением культи и длительным ее заживанием.

Больному Калита Н.В. 50 лет была выполнена реваскуляризирующая остеотрепанация по поводу ишемии правой стопы 4 степени на почве атеросклероза, синдрома Лериша. Через 6 месяцев пришлось произвести ампутацию правого бедра.

Таким образом, реваскуляризирующая остеотрепанация, на наш взгляд, является одним из

эффективных методов хирургического лечения облитерирующих заболеваний конечностей. При выполнении операции обязательным условием является выполнение остеоперфораций выше места окклюзии магистрального сосуда, так как коллатеральный кровоток должен осуществляться из зоны нормального перфузионного давления.

REVASCULARIZATIVE OSTEOTREPANATION IN EXTREMITIES VESSELS OBLITERATIVE DISEASES TREATMENT IN BODAYBO CDH

E.V. Gudyno

(Bodaybo Central District Hospital)

The experience of 45 patients treatment with extremities vessels obliterative diseases by revascularisative osteotrepation method (ROT) is presented. In 43 cases were obtained good results. In 2 cases the bloodstream compensation were not achieved. Although ROT isn't the competitive treatment method with reconstructive operations, it may be execute when reconstruction is impossible.

Рецензия на статью Гудыно Э.В. «Реваскуляризирующая остеотрепанация при облитерирующих заболеваниях сосудов конечностей в условиях Бодайбинской ЦРБ»

А.Г. Кузлин

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор - член-корр. РАМН А.А. Дзизинский, кафедра сосудистой хирургии и клинической ангиологии, зав. - проф. В.В. Чернявский)

В статье анализируется 45 операций (остеотрепанаций) при различных окклюзионных заболеваниях артерий нижних конечностей на разных уровнях поражения сосудистого русла, от подвздошного до большеберцового сегментов и при различных степенях ишемии.

Статья обсуждалась на кафедре сосудистой хирургии и клинической ангиологии Иркутского ГИУВа и, на наш взгляд, предложенный автором подход к лечению не совсем оправдан в связи с тем, что отсутствует инструментальная оценка поражения сосудистого русла (ультразвуковая доплерография, реовазография, фотоплетизмография, определение парциального давления кислорода в мягких тканях и ангиографическое обследование). Подобная тактика приводит к задержке и неадекватной помощи больным с окклюзионно-стенотическими поражениями сосу-

дов нижних конечностей, и, в первую очередь, в отказе им в реконструктивных операциях на сосудах в специализированных отделениях.

Методика остеотрепанаций обсуждается в литературе давно и по рекомендации международной конференции Всероссийского общества ангиологов (июль 1995 г.) применима только при дистальных формах поражения сосудистого русла, то есть артерий стопы и голени.

Для адекватной помощи больным сосудистого профиля в условиях Бодайбинской ЦРБ необходимо оснащение больницы ультразвуковой аппаратурой (портативной или стационарным аппаратом УЗДГ), подготовка специалистов по ангиологии и сосудистой хирургии и выделение специализированного приема на 0.5 ставки для концентрации сосудистых больных у подготовленных специалистов.