

ВЫВОДЫ

Церебропротекторное влияние НВС на течение ишемии головного мозга у животных обусловлено наличием в испытуемом средстве пиранокумаринов (виснадина и дигидросамидина) и умбеллиферона. Виснадин и дигидросамидин оказывают антивазоконстрикторный (адренолитический) эффект, седативное действие обусловлено умбеллифероном. В результате снижения вазоконстрикторных реакций и нейрональной активности поддерживается энергетический потенциал нейронов, вследствие чего повышается выживаемость крыс в условиях ишемического повреждения мозга.

И.М. Дашанимаева, А.Н. Ханхалаева

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 3 В 2003–2007 ГГ.

МУЗ «Городская поликлиника № 3» (Улан-Удэ)

Проблема качества медицинской помощи в новых экономических условиях является самой актуальной в здравоохранении. Как считают В.И. Стародубов и Р.А. Хальфин (2004), первичная медицинская помощь, являясь центральным звеном системы здравоохранения, должна осуществлять главную функцию качественного улучшения показателей здоровья населения. От ее состояния зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение большинства медико-социальных проблем социально незащищенных групп населения

Показатель первичного выхода на инвалидность (ПВИ) является одним из индикаторов в достижении качества оказания медицинской помощи. За период с 2003 по 2007 гг. проанализирована первичная инвалидность в городской поликлинике № 3, которая на протяжении всего периода исследования была ниже городских и республиканских показателей. Максимальное значение ПВИ было в 2005 г., что, возможно, связано с введением ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ» и ФЗ № 122 «О внесении изменений в законодательные акты РФ и признании утратившими силу некоторых законодательных актов РФ». Отмечен пик роста числа инвалидов в 2005 г. повсеместно: в поликлинике — в 1,7 раза, в г. Улан-Удэ и республике — в 1,4 раза (табл. 1).

Таблица 1
Показатель первичной инвалидности в 2003–2007 гг. (на 10 000 населения)

Годы	2003		2004		2005		2006		2007	
Показатели	Взрослые	Трудоспособные	Взрослые	Трудоспособные	Взрослые	Трудоспособные	Взрослые	Трудоспособные	Взрослые	Трудоспособные
Поликлиника	54,6	34,7	58,2	37,5	102	39,7	90,0	40,9	67,4	33,3
Улан-Удэ	62,6	52,1	74,6	61,9	102,9	58,0	94,3	61,5	99,3	56,6
РБ	59,0	59,4	71,7	68,0	97,6	68,3	87,1	68,3	93,0	58,2

В 2007 г. первичная инвалидность в поликлинике № 3, по сравнению с 2005 г., снизилась на 26,8 %, по г. Улан-Удэ — на 25,6 %. ПВИ среди трудоспособного населения поликлиники также ниже городских и республиканских значений.

Первичная инвалидность в трудоспособном возрасте представляет значительный интерес с экономической точки зрения. Неучастие инвалидов в общественно полезном труде ведет к снижению трудовых ресурсов в стране, увеличению расходов по их социальной защите и медицинскому обслуживанию, усилению социальной напряженности в обществе. Инвалидность среди трудоспособного населения с 2003 г. росла ежегодно, достигнув максимума в 2006 г. (102 человека на 10 тыс. населения).

Изучение распределения впервые признанных инвалидами по полу выявило преобладание женщин. В трудоспособном возрасте инвалидность чаще обусловлена за счет мужского населения.

По данным литературы, в структуре первичного выхода на инвалидность ведущими причинами являются болезни органов кровообращения, новообразования, последствий травм и отравлений. В 2005 г. болезни органов кровообращения как причина инвалидности достигли максимального значения за счет лиц пенсионного возраста, а в 2003 и 2007 гг. составили 21,5 случаев на 10 тыс. населения.

Злокачественные новообразования занимают традиционное второе место в структуре ПВИ с максимальным значением в 2005 г.

На третьем месте, начиная с 2005 г., — болезни КМС (10,9 %), в отличие от последствий травм и отравлений, которые в 2002 — 2004 гг. занимали третье место.

Проведенный анализ установил, что изменения инвалидности по тяжести имеют положительный момент: по сравнению с 2005 г. доля инвалидов 1 группы снизилась на 44,3 %, 2 группы — на 37,8 %. В Улан-Удэ характерны те же изменения: на 44,2 % и 32,4 % соответственно. За последних 5 лет доля инвалидов 1 группы снизилась почти в 2 раза, а инвалидов 3 группы — возросла с 19,1 % до 35,5 %.

Таким образом, в поликлинике отмечено снижение первичной инвалидности по сравнению с 2005 г. на 26,8 %.

В структуре ПВИ граждан преобладают инвалиды 2 группы пенсионного возраста, женщины, с болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями и последствиями травм, что указывает на необходимость усиления лечебно-профилактических мероприятий по снижению инвалидности данной категории населения.

Ю.Д. Доржиев, Э.З. Гомбожапов, Д.Д. Рыбдылов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

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

ВВЕДЕНИЕ

Результаты лечения деструктивных форм панкреатита остаются неудовлетворительными. В случае развития субтотальных и тотальных поражений поджелудочной железы большое значение имеет определение тактики лечения.

Цель исследования: оценка эффективности программируемых санаций сальниковой сумки и брюшной полости в лечении деструктивных форм панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2003 по 2007 гг. на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ находились 1627 больных с острым панкреатитом, в 140 (8,6 %) случаях — с развитием деструктивных процессов в поджелудочной железе.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 84 больных с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы и воспалительными изменениями в парапанкреатической клетчатке. Средний возраст больных составил 38,1 лет. Тяжесть заболевания, которая оценивалась по индексу тяжести по Balthazar, колебалась в пределах 8 — 9 баллов. Оперативное вмешательство производилось после стабилизации у больных гемодинамики и устранения явлений гиповолемии.

По характеру хирургического лечения больные разделены на 3 группы:

- первая группа — 32 больных, которым была произведена операция лапаротомия, некрэктомия поджелудочной железы, санация и дренирование сальниковой сумки;
- вторая группа — 34 больных, им лечение было дополнено проведением в послеоперационном периоде 2 — 4 этапных санаций;
- третья группа — 18 больных, которым была произведена лапароскопическая санация сальниковой сумки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе, у 18 (56,3 %) пациентов объем оперативного вмешательства оказался достаточным, в 14 случаях, вследствие прогрессирования деструктивного процесса и нарастания эндогенной интоксикации, были произведены повторные операции. Средний срок лечения составил 47 койко-дней, летальность 21,9 % (7 больных).

Во второй группе плановые этапные санации в области патологического процесса позволили уменьшить явления эндогенной интоксикации, своевременно удалять вновь образовавшиеся некротические ткани. Это позволило сократить средние сроки лечения до 32,4 койко-дня и снизить летальность до 14,7 % (5 больных).

В третьей группе 11 больным были произведены повторные санационные лапароскопии, что позволило купировать воспалительный процесс и создать условия для благоприятного исхода заболевания. 7 пациентам, из-за отсутствия лечебного эффекта от проведенных ранее манипуляций, были произведены лапаротомии с санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Средний срок лечения у больных данной группы составил 31,5 койко-дня, летальность 22,2 % (4 больных).