

7. Малыгин Е.Н. и др. Эволюция методов реконструкции молочной железы // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Лечение рака и предраковых заболеваний молочной железы». – Казань, 2005. – 205 с.
8. Орлов О.А. Совершенствование ранней диагностики и хирургического органосохраняющего этапа лечения рака молочной железы: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Пермь – 2001. – 48 с.
9. Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия молочной железы // Материалы 9 международного конгресса. – Казань, 2009.

РАЗНОЕ

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ОСНАЩЕНИЯ ЧИСТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ В ОНКОЛОГИИ

Н.А. Москвина, И.М. Ильина, И.В. Ушакова

ООД, г. Иркутск
Иркутская ГМАПО

С развитием высоких технологий все более возрастают требования к стабильно обеспеченному качеству среды, в которой осуществляется эта деятельность. Необходимым условием качественного лечебного процесса является применение, в том числе, современных стандартов чистых помещений, которые гарантированно обеспечивают существенное снижение уровня внутрибольничной инфекции и, как следствие, снижение уровня послеоперационных осложнений. Под термином «чистые помещения» подразумевается комплекс помещений для непосредственного проведения операционного вмешательства различной специализации. Параметры, характеризующие качество воздушной среды чистого помещения могут быть самыми разнообразными – температура, влажность, давление, чистота и зависят они от специфики технологического процесса. Для стабильного обеспечения указанных параметров необходимо применение комплекса технического оборудования – так называемых «чистых помещений».

Как показывает мировая практика, наибольшие требования предъявляются к чистоте воздушной среды – по концентрации взвешенных частиц в единице объема воздуха и по максимально допустимому количеству жизнеспособных микроорганизмов в единице объема воздуха.

Основной характеристикой чистого помещения является его класс, который характеризует степень чистоты воздуха в нем. Классификация чистых помещений приведена в ГОСТ Р. ИСО 14644-1-2002 «Чистые помещения и связанные с ними контролируемые среды», часть 1, Классификация чистоты воздуха. Современная операционная представляет собой чистое помещение 7 класса чистоты. Внутри операционной создается локальная зона повышенной чистоты для созда-

ния эффекта воздушного капсулирования стерильным кондиционированным воздухом в районе расположения хирургического стола. Это достигается путем подачи очищенного воздуха через воздухоораздаточные устройства большой площади, встроенные в потолочные ограждающие конструкции над операционным столом (ламинарные потоки).

Вся система будет плодотворно работать при условии регулярной смены антибактериальных фильтров, в зависимости от типа и марки, срок эксплуатации варьирует от 1 года до 5 лет. Круглосуточный мониторинг за работой всей системы компьютеризирован, таким образом можно своевременно отследить и устранить неполадку любого узла.

Консоли подвода медицинских газов располагают непосредственно в помещении операционной и, таким образом, надобность в отдельном помещении наркозной отпадает. Далее, необходимо только разделить пути поступления в операционную пациента, хирургической бригады, инструмента и вспомогательного оборудования. Оснащение аппаратурой и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии табеля оснащения (Приказ №944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях»). В чистых помещениях в реанимационных и палатах интенсивной терапии чистота воздушной среды обеспечивается использованием принципа разбавления и удаления аэрозольных частиц слаботурбулентными воздушными потоками, поддержанием избыточного давления в помещении.

Вышеназванные параметры относятся к построенным чистым помещениям (as-built) и оснащенным чистым помещениям (as-rest); В эксплуатируемых чистых помещениях (operational), относящихся к 7- 8 классу чистоты (СанПин 2.1.3.2630-10 класс чистоты помещений «А», «Б») обеспечить качественную воздушную среду, практически лишенную микробных загрязнений можно с помощью ряда средств, которых научно-технический прогресс предоставил великое множество. Из представителей ультрафиолетовых бактерицидных установок хорошо зарекомендовали себя облучатели – рециркуляторы воздуха, особенно возможность использования в присутствии людей. Установки для аэрозольного распыления дезинфицирующих средств, обеспечивая высокую микробную активность, имеют несколько минусов. Это коррозионная или деструктивная активность по отношению к сложной аппаратуре, медицинской мебели и токсическое воздействие на человека. При использовании аналогичных установок в различных вариациях дезинфицирующих растворов, включая перекись водорода, токсическое воздействие можно минимизировать, чего не скажешь о вездесущей коррозии. Наиболее отвечает предъяв-

ляемым требованиям фотокаталитический очиститель воздуха, который целесообразно использовать в помещениях, где требуется качественная, включая молекулярная, очистка воздуха. Так же бесспорным плюсом является, то, что устройство в отличие от других, аналогичных по назначению приборов не является источником ультрафиолетового излучения, озона, не содержит ртути, в связи, с чем не требует специальной утилизации, а также имеет сертификат и санитарно-эпидемиологическое заключение Российской Федерации.

Обобщив вышесказанное, выделим основные особенности чистого помещения:

- в воздушной среде чистого помещения контролируется концентрация частиц (и/или максимально допустимое количество жизнеспособных микроорганизмов);

- в чистом помещении сведено к минимуму поступление частиц извне;

- в чистом помещении сведено к минимуму выделение и удержание частиц;

- в чистом помещении контролируются и управляются другие параметры воздушной среды - температура, влажность, давление;

- в чистом помещении обеспечены параметры гигиенические - по необходимому притоку свежего воздуха;

- в чистом помещении обеспечены параметры эргономические - такие как освещенность, уровень шума.

Таким образом, учитывая перечисленные особенности, при реконструкции старого здания или проектировании нового можно добиться соблюдение всех необходимых параметров, а следовательно обеспечить качество оказания медицинской помощи.

ПЕРЕДНИЙ СПОНДИЛОДЕЗ ПОРИСТЫМ НИКЕЛИДОМ ТИТАНА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

В.В. Осинцев

Тюменская ГМА

Частота повреждений шейного отдела позвоночного столба составляет 19-37% от всех травм позвоночника. В структуре повреждений наиболее частыми и тяжелыми повреждениями являются переломы, вывихи и переломовывихи шейных позвонков. Несмотря на несомненные достижения в вопросах диагностики и лечения пострадавших с данным видом повреждений, и в настоящее время многие вопросы, связанные с выбором метода лечения, остаются спорными. Если операцию переднего межтелового спондилодеза смело можно отнести к достижениям в хирургической вертебрологии и считать методом выбора, то этого нельзя сказать о том материале, посред-

ством которого она осуществляется. Применяемые для спондилодеза костные аутооттрансплантаты не лишены недостатков. Использование аутокости сопряжено с дополнительной операцией по забору аутооттрансплантата, что, во-первых, значительно увеличивает время операции и, во-вторых, удлиняет продолжительность стационарного лечения. Никогда нельзя сбрасывать со счета и угрозу послеоперационных осложнений.

С целью ускорения реабилитации при операциях переднего межтелового спондилодеза предложены способы, связанные с применением временных металлических конструкций, которые по истечении определенного времени следует удалять, что требует еще одного оперативного вмешательства.

Перспективным направлением в решении вопроса модернизации операции переднего спондилодеза на шейном уровне следует признать применение имплантатов, в частности из пористого никелида титана. Имеющиеся научно-практические исследования использования никелида титана при операциях на шейном отделе позвоночного столба с целью межтелового спондилодеза немногочисленны и противоречивы, что явилось побудительным мотивом проведения настоящего исследования.

Цель исследования: изучение эффективности использования в качестве фиксаторов костных аутооттрансплантатов и имплантатов из пористого никелида титана при оперативных методах лечения повреждений шейного отдела позвоночного столба.

Организация и методы исследования. Оперативное лечение проведено у 101 пострадавшего с повреждениями шейного отдела позвоночного столба, в том числе у 94 мужчин и 7 женщин. В соответствии с возрастной периодизацией онтогенеза человека лиц юношеского возраста было 5 человек, периода первого зрелого возраста – 67, периода второго зрелого возраста – 29 пострадавших. Среди причин повреждений шейного отдела позвоночного столба преобладали бытовые травмы, реже дорожно-транспортные и производственные повреждения.

По виду повреждений больные распределились следующим образом: вывихи наблюдались у 45 человек, переломы – у 17, переломовывихи – у 39 пострадавших.

Осложненные переломы, вывихи и переломовывихи шейных позвонков диагностированы у 57,4% пострадавших. В зависимости от наличия повреждения спинного мозга и его корешков больные с переломами, вывихами и переломовывихами шейного отдела позвоночника распределены на три группы: 1-я – с повреждением спинного мозга (n=31); 2-я – с корешковой симптоматикой (n=27); 3-я – не осложненные повреждения шейных позвонков (n=43).

У 100% пострадавших на рентгенограммах