

ративного вмешательства в данном лечебном учреждении позволяет снизить послеоперационную летальность до 20%. Несмотря на необходимость проведения операций по экстренным и срочным показаниям при опухолях толстой кишки предпочтительнее выполнение радикальных оперативных вмешательств с первичным удалением опухоли.

Выбор паллиативных операций (наложение разгрузочных кишечных стом и обходных анастомозов) должны быть индивидуальными в зависимости от формы кишечной непроходимости, распространенности опухоли, состояния больного, конкретной хирургической ситуации.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Ратманов А.М., Михайлова Н.А., Философов С.Ю., Бурцев В.В., Афанасьев Д.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118—120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34,0% до 41,0%.

Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамический и мышечно-дистрофические факторы. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови, и уменьшению оттока по кавернозным венам.

Показанием для консервативного лечения является начальная стадия хронического геморроя и острое течение заболевания. Терапия складывается из общего и местного лечения, основой общего лечения является применение флеботропных препаратов. По нашему мнению наиболее действенным в этой группе является детралекс, активным компонентом которого являются микронизированная фракция очищенных флавоноидов.

Детралекс обеспечивает избирательную и четкую реакцию на гемодинамические нарушения, связанные с геморроем: расширение вен геморроидального сплетения, хрупкость стенок капилляров и местное воспаление.

Нами на базе специализированного проктологического отделения ОКБ проведена оценка клинической эффективности детралекса при остром геморрое у 100 пациентов. Суточная дозировка препарата 6 таблеток (по 3 таблетки 2 раза в день) в течении первых 4 дней, далее в суточной дозе 4 таблетки (по 2 таблетки 2 раза в день) в течении следующих 3 дней. Длительность лечения 7 дней.

Обследование больных проводилось как в условиях стационара, так и в поликлинике до лечения и через 7 суток.

Оказалось, что по сравнению с группой, не принимающих детралекс, лечение которых проводилось традиционно, болевой синдром в основной группе больных уменьшился в 84,0% случаев, кровоточивость геморроидальных узлов — в 95,0%. Применение данного препарата позволило более чем в 2 раза уменьшить продолжительность обострений и в полтора раза снизить среднюю тяжесть обострений. Использование детралекса способствовало достоверному уменьшению приема анальгетиков.

Нами проведена оценка эффективности препарата в терапии хронического геморроя. При этом исследовано 100 больных в возрасте от 18 лет и старше с клиническим проявлением геморроя (1—3 степень), с острыми приступами заболевания в течении последних 2 месяцев. В результате наблюдения за больными (50 пациентов) и контрольной группой (50 человек) Было установлено что применение детралекса приводит к достоверной положительной динамике симптомов хронического геморроя.

Таким образом, результаты настоящего исследования убеждают нас, что применение детралекса при лечении больных геморроем сопровождается значительным улучшением как субъективных, так и объективных признаков острого приступа геморроя. Более того, при применении детралекса отмечается выраженное уменьшение продолжительности и интенсивности геморроидальных приступов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ДО И ПОСЛЕ ЕГО РЕОРГАНИЗАЦИИ

Рупасова Т.И., Уткина М.Н., Гринденко И.Н., Дементьева Г.Н., Бурсиков А.В., Тентелова И.В., Валиулина Е.Ш., Швагер О.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Реорганизация терапевтической службы — укрепление первичного поликлинического звена, организация отделений дневного пребывания привела к изменению состава коечного фонда и сокраще-

нию коек круглосуточного пребывания, что не могло не отразиться на показателях работы стационарных отделений.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа работы терапевтического стационара круглосуточного пребывания 7-й городской клинической больницы до, и после реорганизации.

Были проанализированы показатели работы терапевтического отделения № 2 за 2004—2005 гг. (до реорганизации) и 2006 г. (после реорганизации), которое в 2004 г. было развернуто на 55 круглосуточных коек, в 2005 г. на 45 и в 2006 г. на 60 круглосуточных коек. Несмотря на то, что в 2004 г. всего было выписано 1230 человек, а в 2005 г. при снижении количества круглосуточных коек выписано 1310 пациентов, а в 2006 г. при их увеличении всего на 5 коек (по сравнению с 2004 г.) — 1864 человека, что составило 151%. Сопоставление плановой и экстренной госпитализации показало, что в 2006 г. увеличилось количество пациентов, поступивших по экстренной медицинской помощи с 66,4% до 93,6%, из них 70,3% — по скорой медицинской помощи; 20,9% — по неотложной помощи из поликлиник и 8,8% — без направления. Изменился и состав поступивших пациентов по нозологическим формам: существенно возросло количество больных с заболеваниями нервной системы с 5,4% в 2004 г. до 9,3% в 2006 г. Рост госпитализации больных с этой патологией имел место, несмотря на наличие в городе специализированного неврологического отделения. Это были диагностически сложные пациенты, доставленные по скорой медицинской помощи, клинический диагноз которым был установлен во время пребывания в терапевтическом отделении. Существенно возросло количество и удельный вес пациентов с острыми отравлениями в структуре госпитализации: с 104 человек в 2004 г. (9,1%) до 291 пациента в 2006 г. (15,7%), требующих больших затрат врачебного и сестринского труда. Без изменения оказались показатели заболеваний органов кровообращения: 557 человек в 2004 г. (46,5%) и 859 пациентов в 2006 г., что составляет те же 46% общего количества больных. Незначительно уменьшился процент больных с заболеваниями органов дыхания: с 20,4% в 2004 г. до 19,4% в 2006 г., болезней мочевыводящей системы с 1,1% до 0,7% (2004 и 2006 гг. соответственно). Но практически в два раза снизилось количество больных с заболеванием пищеварительной системы: 10,7% в 2004 г. до 6% в 2006 г., что вероятно связано с госпитализацией этих больных на дневной стационар.

При анализе возрастных групп госпитализированных больных выявлена тенденция к росту количества пациентов в возрасте 70 лет и старше (2004 г. — 30%, 2005 г. — 32%, 2006 г. —

34%). Подобные изменения наблюдались и в возрастной группе больных от 30 до 39 лет (2004 г. — 4%, 2005 и 2006 г. — 7%). Социальный состав пациентов за период реорганизации стационара не изменился. Сохраняется значительное преобладание неработающих больных — 76—78% (в группу вошли: учащиеся, безработные, пенсионеры, инвалиды) над работающими — 22—24%. Анализ исходов лечения выписанных больных показал, что процент выздоровевших больных увеличился с 11,7% в 2004 г. до 13,4% в 2006 г., что указывает на преобладание острой патологии. Наряду с этим уменьшилось количество улучшений (2004 г. — 84%, 2006 г. — 79%) и увеличилась смертность (2004 г. — 3,3%, 2005 г. — 5,5%, 2006 г. — 4,6%), что также подтверждает утяжеление контингента госпитализированных больных.

При проведении анализа структуры умерших больных по нозологическим формам выявлено увеличение смертности от пневмоний (с 4,4% в 2005 г. до 9,4% в 2006 г.), кардиопатий различного генеза (с 2,2% в 2004 г. до 7,0% в 2006 г.), хронической обструктивной болезни легких (2,9% и 11,8% соответственно). Среди всех умерших увеличилось количество пациентов острыми нарушениями мозгового кровообращения (с 4,4% в 2005 г. до 14,1% в 2006 г.). Следует подчеркнуть, что госпитализация этих больных в терапевтическое отделение была обусловлена неясностью диагноза или тяжелой сопутствующей патологией. Изменение структуры госпитализированных больных привело к уменьшению смертности от различных форм хронической ишемической болезни сердца (с 20,4% в 2004 г. до 7,1% в 2006 г.) и злокачественных новообразований (с 11,5% до 7,1% соответственно). Интенсификация работы отделения нашла отражение в значительном увеличении оборота койки, который год от года увеличивается: 2004 г. — 116%, 2005 г. — 121% и 2006 г. составил 134,6% от планируемого. Возрастание этого показателя соотносится со снижением среднего пребывания больного на койке: 2004 г. — 16,2 дня; 2005 г. — 13,4 дня; 2006 г. — 11,4 дня.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об увеличении интенсификации труда медицинских работников, что в свою очередь должно, по нашему мнению, приводить к увеличению материального стимулирования, иначе будет способствовать текучести кадров (врачей, среднего и младшего медицинского персонала). Полученные результаты требуют внесения изменений в организацию труда стационаров круглосуточного пребывания.

«ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ» КАК МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Свинина С.А., Плеханова Л.Г., Алеутская О.Н., Глик М.В.
МУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Иваново

В России в последние 15 лет число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, выросло на 89%, в связи, с чем диагностика и

лечение больных с заболеваниями суставов является актуальной проблемой для врачей многих специальностей. Высокая инвалидизация лиц тру-