

УДК 614.2«451.50»(571.64)(043.2)

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 50-ЛЕТИЮ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Н.Н. Хомяков, В.П. Рыбалка, Т.П. Сухоцкая

ХРОНИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

Проведен анализ и уточнены причины хронического кашля у больных по опыту работы консультативной поликлиники и пульмонологического отделения Сахалинской областной больницы за 2001–2005 гг. Всего за этот период обследованы 13606 больных, из них с хроническим кашлем было 1374 больных. Пациенты разделились на 2 группы: с изменениями на рентгенограммах легких (879 случаев) и без изменений (495 случаев). В каждой группе выделяли больных: а) с установленными заболеваниями бронхолегочной системы; в) с сочетанной патологией; с) с отсутствием заболеваний органов дыхания.

Проводилась стандартная программа обследования. Был выработан алгоритм обследования и ведения больных с хроническим кашлем. На 1-м этапе проводилась всесторонняя оценка кашля, причин и условий его появления или усиления. На 2-м этапе оценивался сам пациент: пол, возраст, осанка, визуальная оценка. На 3-м этапе собирался анамнез болезни и жизни, на 4-м – оценивались семейно-бытовые, производственные и экологические условия, вредности и факторы риска. На 5-м этапе уточнялись регулярность периодических и профилактических осмотров, наличие диспансерного наблюдения. Далее – 6-й этап – проводилось традиционное объективное обследование и простейшие диагностические пробы.

Все выявленные отклонения от нормы и патология отмечались условными символами, сокращениями с использованием в особых случаях специальных карточек. Пациенту устанавливалась группа учета/наблюдения, назначались целевые лечебно-оздоровительные мероприятия. В результате выполнения первых шести этапов становилось возможным целенаправленное дополнительное обследование.

На этапе 7.1 проводилась рентгенография грудной клетки, придаточных пазух носа, пищевода, кардиального отдела желудка. На этапе 7.2 оценивался общий анализ крови, при наличии – в динамике за несколько лет. При продуктивном кашле – этап 7.3 – выполнялся анализ мокроты (в т.ч. индуцированной). При внезапном приступообразном кашле – этап 7.4 – обязательно исследовалось ЭКГ в динамике для исключения тромбоэмболии легочной артерии, левожелудочковой недостаточности, первичной легочной гипертензии и др. Этап 7.5 – оценка функции внешнего дыхания при гипервентиляции, обструктивных и рестриктивных нарушениях. Фибробронхоскопия – этап 7.6 – показана практически всем больным с персистирующим кашлем при наличии подозрения на онкопатологию, инородное тело дыхательных путей, пролапс мембранозной части трахеи, приступы беталепсии, перенесенные ранее интубации, трахеотомии и операции на органах дыхания. Другие инструментальные и лабораторные методы исследования (компьютерная томография, торакоскопия, биопсия) – этап 8 – требовали госпитализации пациентов.

На собственном материале отмечен рост числа больных с интерстициальными изменениями в легких, что, очевидно, связано с воздействием на дыхательную систему мелкодисперсной пыли и агрессивных паров некачественных строительных материалов во время «всроремонтов». Отмечен и рост заболеваний бронхов. Помимо курения выявлена связь с наличием в анамнезе постинтубационных пролежней и длительного контакта с парами бытовой химии и упаковочными материалами. Увеличение частоты трахеобронхиальных дискинезий и трахеомаляций обусловлено лучшей выявляемостью в последние годы (использование фиброволоконных эндоскопов) и развитием более ранних процессов атрофии слизистых бронхов, а также лучшей осведомленностью практических врачей о патологии системы дыхания при дисплазиях соединительной ткани. Настораживает рост числа молодых пациентов с сочетанием хронических заболеваний органов дыхания, гастритов, ЛОР-патологии и нарушением иммунного статуса, что у женщин всегда сочетается с эндокринной дисфункцией (в частности, с нарушениями репродуктивной функции). Мы считаем, что это обусловлено нарушением барьерных функций слизистых не только дыхательных путей, но и пищеварительного тракта с последующим развитием хронической интоксикации и прогрессированием атрофических процессов.

Н.А. Жарская, В.Г. Строк

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

В офтальмологическом центре Сахалинской областной больницы с 2004 г. широко используется ультразвуковой аппарат системы АВ-скан, фирмы Alcon. Ультразвуковой метод диагностики особенно важен при нарушении прозрачности оптических сред. В отделении пациентам, поступающим для хирургического лечения зрелой катаракты, обязательно проводится ультразвуковая диагностика, так как нередко за непрозрачным хрусталиком скрываются патологически измененные стекловидное тело и сетчатка, внутриглазные новообразования, что является противопоказанием к хирургическому лечению катаракты. Проблема дифференциальной диагностики внутриглазных опухолей (меланом хориоидеи) и псевдотуморозных интраокулярных образований (субретинальные, субхориоидальные кровоизлияния, центральная инволюционная дистрофия Кунта–Юниуса) довольно актуальна вследствие схожести клинической картины этих патологических состояний. Поэтому ультразвуковое исследование приобретает особую ценность при недостаточно прозрачных оптических средах глаза.

С внедрением ультразвуковой диагностики значительно повысилось качество верификации псевдоопухолей орбиты. Так, для миозитов, поражающих экстраокулярные мышцы, характерна пониженная экзогенность. Мышцы выглядят утолщенными, структура их неоднородная. Васкулиты дают пониженную экзогенность и нечеткие неровные контуры с локализацией процесса преимущественно во внутреннем хирургическом пространстве орбиты. Для дакриоденитов характерны четкость контуров, однородность или неоднородность структуры, смешанная экзогенность.

Одним из показаний к ультразвуковому обследованию является подозрение на наличие внутриглазных инородных тел, в особенности рентгеноконтрастных, мелких и на фоне сопутствующих проникающим ранениям патологических изменений в глазу (гемофтальм, отслойка сетчатки). За счет уменьшения мощности озвучивания устраняют сигналы от менее плотных по сравнению с инородным телом структур, а сигнал от последнего становится отчетливым. Ультразвук эффективен при выявлении отслоек сетчатки, дифференциальной диагностики отслоечного процесса, а также как средство контроля за эффективностью проводимых оперативных вмешательств. В послеоперационном периоде после фистулизирующих антиглаукоматозных вмешательств при выраженном гипотоническом синдроме ультразвуковое исследование особенно важно в случае нарушения прозрачности оптических сред для локализации отслойки сосудистой оболочки.



Операцию факэмульсификации катаракты проводит заведующий микрохирургическим центром Сахалинской областной больницы В.Г. Строк.

ше информации о состоянии глазного яблока и окружающих тканей. Это дает возможность объективно судить о тяжести патологического процесса или травматических повреждений, точнее определить причины нарушения зрения и, следовательно, выбрать наиболее адекватную тактику лечения.

Н.Г. Главинская, Н.В. Горшечникова

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ, БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Эпилепсия — тяжелое, трудно поддающееся лечению психоневрологическое заболевание, встречающееся в мире, по данным Л.Р. Зенкова (2001), с частотой 5–10 случаев на 1000 населения. В Сахалинской области на 2006 г. зарегистрировано 1540 больных эпилепсией (2,9 на 1000 населения), среди которых подростки и взрослые составляли 55,4%, а соотношение мужчин и женщин равнялось 11:9. Этиологическими факторами заболевания чаще были черепно-мозговые травмы, перинатальные поражения нервной системы и сосудистые заболевания головного мозга. Около 70% случаев составляли симптоматические эпилепсии, 30% — идиопатические и криптогенные.

В Сахалинской области дети и подростки, страдающие эпилепсией и эпилептическими синдромами, наблюдаются детскими неврологами. До 2003 г. была не решена проблема лечения взрослых пациентов. Больные обращались по месту жительства либо к психиатрам, либо к неврологам, не имевшим достаточной подготовки по эпилептологии. В большинстве подобных случаев назначалось неадекватное лечение. Основными причинами здесь были неправильная диагностика (за эпилепсию принимали неэпилептические припадки и наоборот), неправильный подбор препаратов, неточная дозировка лекарственных средств, нерациональная политерапия и нарушение регулярности лечения.

С целью улучшения качества лечения больных эпилепсией в Сахалинской областной больнице был открыт эпилептологический кабинет и подготовлен специалист по вопросам эпилептологии (на кафедре неврологии РГМУ). За 2004–2006 гг. через кабинет прошли 3247 человек. В 19,5% случаев диагноз эпилепсии у лиц с неэпилептическими психогенными пароксизмами и синкопальными состояниями был снят. На конец 2006 г. число поставленных на учет пациентов достигло 353. Эпилепсией страдали преимущественно молодые люди (до 30 лет), и самой распространенной формой страдания была генерализованная эпилепсия. Всем больным, впервые обратившимся по поводу судорожного синдрома, проводилось рентгенологическое исследование, электроэнцефалография и магнитно-резонансная томография головного мозга. В результате симптоматическая эпилепсия (в т.ч. посттравматическая) диагностирована в 137, идиопатическая — в 119 и криптогенная — в 97 случаях. Пациентам назначались депакин, финлепсин, фенобарбитал, ламиктал и другие антиэпилептические препараты. 60 больных получали политерапию (2 препарата и более). Ремиссия в течение года и более была достигнута в 40 наблюдениях.

Таким образом, опыт нашей работы доказывает необходимость и эффективность специализированной службы в диагностике и лечении эпилепсии.

Н.Ю. Гавриленко

ПОЛЛИНОЗЫ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА)

Поллиноз (пыльцевая аллергия, сениная лихорадка, устаревшее название — летний катар Бостока) — классическое аллергическое заболевание, в основе которого лежит аллергическая реакция немедленного типа. Заболевание отличается четкой, из года в год повторяющейся сезонностью, совпадает по времени с пылением определенных растений. Ежегодно клинические симптомы поллиноза повторяются в одни и те же месяцы, даже числа, за исключением жаркой или холодной погоды, когда период пыления растений начинается раньше или запаздывает. В разных странах мира поллинозами страдают от 0,2 до 39% населения. Чаще всего болеют лица от 10 до 40 лет, у детей до 3 лет заболевание встречается редко, до 14 лет в 2 раза чаще заболевают мальчики, а в возрасте от 15 до 50 лет — лица женского пола. Среди горожан заболеваемость в 4–6 раз выше, чем среди сельских жителей. В России и бывших республиках СССР первые исследования по распространенности поллинозов стали проводиться с 60-х годов XX века под руководством академика А.Д. Адо. Так, распространенность поллинозов в Ростовской области составляла 1,2%, в Саратовской области — 5,7%, в Краснодарском крае — более 5,5%.

Поллиноз не является заболеванием, влияющим на продолжительность жизни, показатели смертности, но пыльцевая аллергия существенно нарушает качество жизни пациентов. В центральной полосе России это страдание чаще связано с сенсibilизацией к пыльце злаковых трав, деревьев, сорных трав. На юге России основные аллергены — амброзия, полынь, подсолнечник, кукуруза. В Сибири в спектре сенсibilизации преобладает пыльца деревьев и злаков. В странах центральной Европы ведущая роль в этиологии поллинозов принадлежит злаковым травам и деревьям, в северной Европе — злакам и сорнякам, в южной Европе — деревьям, кустарникам и травам. По данным аллергологического кабинета, самая частая причина заболеваемости поллинозами в Сахалинской области — сорняки (полынь) — 42%, злаки — 38%, пыльца деревьев — 2%.

На Сахалине сроки цветения значительно отодвинуты, по отдельным видам — на 2–3 недели в сравнении со средней полосой России. Сроки пыления растений на Сахалине уменьшены по климатическим особенностям (низкая температура, высокая влажность, меньше количество солнечных дней летом, близость моря). Эти особенности сказываются на клинических проявлениях поллинозов: обострения мягкие и более короткие, пациенты и врачи связывают их с инфекцией. Все это приводит к поздней диагностике заболевания.

Наиболее частыми проявлениями поллинозов являются аллергический ринит (95–98%), аллергический конъюнктивит (91–95%), пыльцевая бронхиальная астма (30–40%), аллергические поражения кожи — крапивница, отек Квинке, дерматиты (78%), поражения нервной системы — «сиреневая мигрень». К редким проявлениям относят эозинофильный легочной альвеолит, гепатиты, системные васкулиты.

Средний срок постановки диагноза «поллиноз» в Сахалинской области, по данным аллергологического кабинета, составляет 8–10 лет, когда развиваются более тяжелые клинические синдромы — бронхиальная астма, перекрестная пищевая аллергия. С учетом всех клинических проявлений удельный вес поллинозов на приеме аллерголога составляет от 55 до 70%. По годам этот показатель выглядит следующим образом: 2003 г. — 73,2%, 2004 г. — 55,5%, 2005 г. — 54,7%.

Большинство больных попадают на прием к аллергологу в период цветения, т.е. в период обострения. По возрасту больные поллинозами распределяются следующим образом: 20–29 лет — 35%, 30–39 лет — 21%, 40 лет и старше — 17%. 78% пациентов составляют женщины. Преобладают жители близлежащих районов — Южно-Сахалинск, Корсаков, Холмск, Долинск. Жители дальних районов получают консультации аллерголога значительно позже, когда к легким проявлениям поллиноза (риноконъюнктивиты) присоединяются более тяжелые осложнения в виде бронхиальной астмы. По заболеваемости на 100 тысяч населения больные бронхиальной астмой лидируют дальние районы: Макаровский — 782,78, Томаринский — 715,66, Охинский — 536, 46; заболеваемость по Южно-Сахалинску — 566,43 (данные 2003 г.). Таким образом, в настоящее время статистические данные демонстрируют высокую потребность в консультациях аллерголога на местах в дальних районах, которые не осуществляются по социальным причинам.

Для диагностики поллинозов в аллергологическом кабинете консультативной поликлиники Сахалинской областной больницы используются данные аллергологического анамнеза, результаты специфического обследования (кожные пробы) и лабораторные методы исследования (иммуноглобулины Е специфические). Применяются водно-солевые экстракты аллергенов производства ООО «Аллерген» (г. Краснодар). В кабинет пациенты обращаются чаще всего в стадии поливалентной аллергии с резко положительными кожными пробами. АСИТ (аллергенспецифическая иммунотерапия) проводится ограниченному контингенту больных из Южно-Сахалинска и близлежащих районов (выдача аллергенов на руки пациентам категорически запрещена). Организация аллергологического стационара с функциями аллергологического центра решила бы многие проблемы лечения и профилактики аллергических заболеваний.

С.А. Барабанов

КОРДАРОНИНДУЦИРОВАННЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

В настоящее время кордарон как высокоэффективное антиаритмическое средство широко применяется и в России, и за рубежом. По данным ряда источников, частота его назначения среди всех антиаритмических препаратов достигает 24%. В таблетке кордарона (200 мг) содержится 75 мг йода, а при метаболизме его высвобождается 6–10 мг, тогда как суточная потребность в этом микроэлементе составляет 150–200 мкг. Поэтому врачи должны быть осведомлены о побочных свойствах этого препарата, прежде всего кордарониндуцированных гипо- и гипертиреозе и связанных с ними изменениях сердечно-сосудистой системы.

В течение 2006 г. в отделении кардиологии Сахалинской областной больницы осуществлялся контроль за пациентами, которым кордарон был назначен впервые, и теми, кто принимал его более года непрерывно без контроля функции щитовидной железы. В группу наблюдения вошли 10 человек, из которых только 2 принимали препарат впервые. Показаниями к назначению кордарона послужили пароксизмально-персистирующие формы фибрилляции предсердий при ишемической болезни сердца (8 человек), опасные желудочковые нарушения ритма (1 человек) и одиночные желудочковые экстрасистолы (1 человек). То есть абсолютные показания к применению препарата были в 9 случаях. Рассмотрим две клинические ситуации.

Пациент Ш., 1960 г. р. Диагноз: «Ишемическая болезнь сердца. Состояние после аортокоронарного шунтирования. Групповая политопная желудочковая экстрасистолия. Гипертоническая болезнь III ст.». В связи с возникшими желудочковыми нарушениями ритма после операции в 2006 г. был назначен кордарон в обычной дозировке (после насыщения по 200 мг в сутки). Принимал препарат в течение 6 мес. Иногда отмечал перебои в работе сердца. Самостоятельно прекратил прием препарата. Позже, после консультации терапевта, вновь начал принимать кордарон. В течение месяца похудел, появилась тахикардия (до 100 уд./мин). После ультразвукового исследования щитовидной железы и определения уровня тиреоидных гормонов в крови эндокринологом поставлен диагноз: «Кордарониндуцированный гипертиреоз. Диффузный токсический зоб 2 ст. в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом». Получал тирозол (начальная доза 300 мг, в настоящее время — 10 мг/сут). По поводу аритмии принимает соталол.

В данном случае не было адекватного контроля за функцией щитовидной железы. Один из симптомов кордарониндуцированного тиреотоксикоза — потеря антиаритмической активности препарата — не был учтен.

Пациент Л., 1927 г. р. Диагноз: «Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 3-го функционального класса. Желудочковая экстрасистолия, одиночная, мономорфная. Брадикардия. Синдром слабости синусового узла?». В январе 2006 г. лечился по месту жительства в терапевтическом стационаре, кардиологом не осматривался. В течение 2–3 мес. предъявлял жалобы на слабость, одышку при повседневной нагрузке, перебои в работе сердца. Ранее фиксировалось повышенное артериальное давление (до 180 мм рт. ст.). На момент поступления в стационар по месту жительства гипертонии не было. Кордарон был назначен по поводу нарушений ритма. Холтеровский мониторинг электрокардиограммы не проводился. Функция щитовидной железы не исследовалась. Через месяц приема кордарона развилась брадикардия (до 35 уд./мин), был эпизод обморока. Направлен в кардиологическое отделение для решения вопроса об имплантации электрокардиостимулятора. После определения уровня тиреоидных гормонов диагностирован гипотиреоз. Проводилась заместительная терапия. Вполне возможно, что в описанном наблюдении кордарон был применен на фоне уже имевшейся патологии щитовидной железы, усугубив ее вплоть до клинически значимого гипотиреоза.

Таким образом, при назначении кордарона необходимо обследование щитовидной железы, а при лечении этим препаратом следует проводить контроль функции этого органа не менее чем один раз в 3–6 месяцев.

Г.А. Ким, А.Н. Бородулин, Л.Н. Тен, О.Р. Беляев

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПОВ

Желчно-каменная болезнь — наиболее распространенная патология органов желудочно-кишечного тракта, в лечении которой участвуют терапевты, хирурги, гастроэнтерологи и другие специалисты. В мире она выявляется в 10–40% случаев среди населения различного возраста, однако отмечается отчетливая тенденция к увеличению абсолютного числа больных. Так, результаты исследований отечественных авторов свидетельствуют о том, что число больных за каждые 10 лет увеличивается в два раза (В.В. Стрижелецкий и др., 2004). Консервативная терапия желчно-каменной болезни недостаточно эффективна, в связи с чем хирургическое вмешательство остается основным методом в лечении этого заболевания и его осложнений. Ежегодно в мире выполняется около 2,5 млн операций на желчных путях, в подавляющем своем большинстве это холецистэктомия. В России подобных вмешательств делается до 100000 в год. Развитие малоинвазивных хирургических технологий в последнее время позволило по-новому взглянуть на роль и место этого метода в лечении желчно-каменной болезни.

В хирургическом отделении Сахалинской областной больницы за 1997–2007 гг. холецистэктомия из мини-доступа выполнена у 1534 больных. Пионером этого направления в хирургии стал ведущий хирург области, заслуженный врач России, кавалер ордена Дружбы народов Г.А. Ким. Им впервые был разработан и внедрен в практику косопоперечный трансректальный мини-доступ из правого подреберья без пересечения прямой мышцы живота. С 2003 г. при холецистэктомии применяются 3 вида мини-лапаротомии: 1) верхнесрединная; 2) трансректальная по М.И. Прудкову (с использованием специальной аппаратуры «Мини-ассистент»); 3) поперечная трансректальная из правого подреберья.

За 1997–2007 гг. в нашем отделении выполнено всего 1924 холецистэктомии, из них мини-доступом — 1534 (79,7%), лапароскопическим доступом — 306 (15,7%) и традиционным доступом — 84 (4,3%). В настоящее время традиционная лапаротомия используется лишь при абсолютных показаниях: перитонит, необходимость вмешательства на внепеченочных желчных протоках, проведение симультанной операции. Среди оперированных было 1438 женщин и 96 мужчин. Возраст больных — от 22 до 89 лет. Большинство больных оперированы под эндотрахеальным наркозом. Длина кожного разреза составляла 4–6 см. Холецистэктомия всегда заканчивалась дренированием подпеченочного пространства. Дренажи удаляли на 2–3 сутки после операции. Через 5–7 часов после операции больным разрешается ходить, принимать жидкую пищу. Выписка происходила, как правило, на 6–7-е сутки после операции. Из ранних послеоперационных осложнений отмечались желчеистечения (в основном из ложа удаленного пузыря, прекращавшиеся самостоятельно через 4–5 суток) — 8 случаев и кровотечения (чаще при этом требовалось повторное вмешательство) — 4 случая. В 5 наблюдениях сформировались послеоперационные грыжи. Хочется отметить, что устранение грыжи после мини-лапаротомных доступов отличается гораздо меньшей травматичностью по сравнению с таковыми после традиционных лапаротомий.

Таким образом, наш опыт показывает, что холецистэктомия из мини-лапаротомных доступов представляется альтернативой традиционной и лапароскопической холецистэктомии, особенно у больных пожилого и старческого возраста. К достоинствам метода можно отнести малую травматичность, менее выраженные болевой синдром и парез кишечника, уменьшение пребывания больного в стационаре, снижение длительности временной нетрудоспособности, косметический и экономический эффекты. Все перечисленное позволяет считать выполнение холецистэктомии из мини-доступов эффективным оперативным вмешательством, заслуживающим более активного внедрения в хирургическую практику.

Ю.И. Михайлов, А.Т. Ким, Е.А. Дерябин, А.Н. Беляков, Ю.А. Крюков.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

Повреждения тазового кольца представляют собой одну из самых сложных и актуальных проблем травматологии. По данным М. Muller et al. (1990), уровень летальности вследствие тяжелых повреждений таза варьирует от 10 до 18%, причем в 4% случаев причиной смерти является внутреннее кровотечение. Травмы таза в структуре инвалидности от травм опорно-двигательного аппарата занимают 2–3%. По данным М. Tile (1987) и R. Henderson (1989), после консервативного лечения нестабильных повреждений таза 50% больных в отдаленный период жаловались на боль в области крестцово-подвздошного сустава, 38% частично утратили трудоспособность, 46% имели неврологические расстройства, 32% — хромоту. Столь высокий процент неудач связан с необоснованным применением при нестабильных повреждениях устаревших методов консервативного лечения, трудностями дифференциальной диагностики, отсутствием четко разработанных показаний к остеосинтезу, недостаточным внедрением в практику современных методов хирургического лечения повреждений тазового кольца, ориентацией на устаревшие концепции, классификации и методы.

На собственном материале из всех травм таза преобладали комбинированные переломы (15 больных), затем следовали переломы с нарушениями и без нарушения переднего и заднего полукольца (13 больных), переломы с вовлечением вертлужной впадины (5 больных) и переломы крыла подвздошной кости (1 больной). За 2006 г. пролечено 34 пострадавших с переломами костей таза, из них оперированы 16 человек.

Для хирургической реконструкции использовали различные виды погружного остеосинтеза и аппараты внешней фиксации. Открытая репозиция с погружными фиксаторами потребовалась в 8 случаях. Использовали остеосинтез пластинами, винтами, проволокой, спицами. Аппараты внешней фиксации применены в 5 наблюдениях. 3 больным применяли комбинацию из аппарата внешней фиксации и погружного остеосинтеза. При переломовывихах использовали реконструкцию крыши и задней колонны вертлужной впадины с фиксацией реконструкционными пластинами. При заднем доступе для лучшего обзора и проведения манипуляций отдавали предпочтение отсечению большого вертела, который затем фиксировали компримирующими винтами. Стержневой аппарат применяли как менее травматичный и высокоэффективный способ при разрывах крестцово-подвздошного сочленения, нарушениях непрерывности переднего полукольца таза, включая разрывы лонного сочленения с повреждениями мочевого пузыря и уретры. Достижение стабильной фиксации отломков и хорошей одномоментной репозиции является преимуществом этого метода. Фиксацию переднего тазового полукольца проводили в ранние сроки, а также в несвежих и застарелых случаях, когда требовалась частичная остеоклазия или мобилизирующая остеотомия лонной и седалищной костей.

Раннее хирургическое лечение больных с тяжелыми переломами костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца, чрезвертлужными переломами и различными переломовывихами бедра, включая центральные, позволяет эффективно проводить комплекс противошоковых мероприятий и достичь оптимального функционального результата. Хирургическое вмешательство на тазовом компоненте, выполненное своевременно и по показаниям, позволяет избежать инвалидности и предотвратить тяжелые ортопедические последствия.

В.Г. Николаев

ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

В Российской Федерации, по материалам ЦИТО, заболевания тазобедренного сустава встречаются с частотой 22,7 случая на 1000 взрослого населения (данные за 2005 г.). С целью облегчения страданий и увеличения функциональных возможностей пациента предложено множество операций, но на современном этапе именно эндопротезирование считается лучшим методом лечения запущенных случаев поражения тазобедренного сустава.

В период с февраля 2000 по февраль 2007 г. в ортопедическом отделении Сахалинской областной больницы проведена 221 операция тотального замещения тазобедренного сустава. Вмешательства выполнялись при деформирующей коксартрозе, ложном суставе шейки бедра, асептическом некрозе головки бедренной кости, последствиях травм. Использовались эндопротезы фирм Zimmer, DePuy и Mathys, цементные и бесцементные версии, с низко- и полнопрофильными чашками. Часто применялись укрепляющие кольца Мюллера. Выполнялось и гибридное эндопротезирование (один компонент цементный, другой бесцементный). Цементное эндопротезирование использовано в 116, бесцементное – в 57 и гибридное – в 49 случаях. 24 больным имплантировано по два устройства. Среди оперированных было 111 женщин и 110 мужчин. Было выполнено 4 ревизионных операции: у 2 человек наблюдалось проседание ножки протеза, у 1 человека – застарелый вывих ножки, и еще в 1 наблюдении пришлось заменить нестабильную бесцементную чашку на укрепляющее кольцо и цементную чашку. Из осложнений отмечены нестабильность и вторичное инфицирование протеза. В обоих случаях потребовалось удаление имплантата. Ранние вывихи возникли у 8 пациентов и были устранены закрытым способом у 5 из них. В 1 случае потребовалась ревизия и переустановка укрепляющего кольца, 2 больным пришлось вправлять вывих открытым способом. Еще 2 человека обратились по поводу застарелых (3- и 11-месячных) вывихов протеза в результате повторной травмы, вывихи устранены открытым способом.

Отдаленные результаты в срок от 1 месяца до 7 лет прослежены в 220 случаях. Качество жизни большинства больных улучшилось, у четверти из них изменился социальный статус. Дополнительными средствами опоры пользуется пятая часть пациентов. Летальных исходов не было. Таким образом, можно результаты эндопротезирования тазобедренного сустава на базе Сахалинской областной больницы оценить как обнадеживающие. Целесообразно дальнейшее развитие данной технологии, увеличение арсенала применяемых эндопротезов, расширение спектра протезирования за счет других крупных суставов.

Е.В. Бочерикова, И.И. Рогожникова, Н.Ф. Михалевич

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛОГА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ «НОВОРАПИД» У ДЕТЕЙ

С целью изучения влияния инсулина «НовоРапид» на уровень гликозилированного гемоглобина как показателя длительного контроля гликемии у детей в течение 12 недель наблюдались две группы из 10 пациентов с сахарным диабетом. 1-я группа – 4 девочки и 6 мальчиков старше 12 лет (средний возраст – 14,8 года, длительность заболевания – 4,8 года), 2-я группа – 3 девочки и 7 мальчиков младше 12 лет (средний возраст – 8,3 года, длительность заболевания – 4,5 года). Хронических сосудистых осложнений в обеих группах не зарегистрировано. Всем пациентам используемый ранее инсулин короткого действия был заменен на инсулин ультракороткого «НовоРапид». Препарат вводили непосредственно перед основными приемами пищи. Коррекция дозы осуществлялась в большинстве наблюдений в зависимости от показателей гликемии в условиях домашнего самоконтроля (в 3 случаях в связи с декомпенсацией сахарного диабета – в условиях стационара).

Качество компенсации углеводного обмена оценивалось по уровню гликозилированного гемоглобина, определенного хроматографическим методом, а также по уровням базальной и постприандиальной гликемии через 2 часа после еды. Физическое развитие детей оценивалось по весоростовым характеристикам и индексу массы тела. Исследование проводилось до начала лечения инсулином «НовоРапид» и через 3 месяца после его назначения. Данные представлены в виде средних величин. Удовлетворенность лечения диабета оценивалась по специальным анкетам.

В 1-й группе степень компенсации углеводного обмена через 12 недель использования инсулина «НовоРапид» достоверно улучшилась по сравнению с исходными данными (уровень гликозилированного гемоглобина снизился с 14,6 до 9,3%). У детей до 12 лет, до начала исследования имевших удовлетворительную компенсацию заболевания, отмечалась тенденция к снижению величины данного показателя с 8,5 до 7,2%. У маленьких детей степень компенсации была значительно лучше за счет жесткого контроля со стороны родителей в сравнении с подростками. Отмечалась положительная динамика и по уровню базальной гликемии: 1-я группа – снижение с 11,2 до 6,3 ммоль/л, 2-я группа – снижение с 10,9 до 6,8 ммоль/л. Выраженная положительная динамика отмечалась и в величине постприандиальной гликемии, которая через 12 недель достоверно снизилась в сравнении с исходным уровнем: в 1-й группе – с 12,1 до 7,8 ммоль/л, во 2-й группе – с 12,1 до 9,0 ммоль/л. Суммарная доза короткого инсулина через 12 недель достоверно не изменилась, хотя здесь и отмечалась тенденция к некоторому уменьшению дозы у детей младше 12 лет. Несколько изменилась доза инсулина «НовоРапид» с незначительным увеличением перед завтраком (1-я группа – с 6,0 до 6,5 ед., 2-я группа – с 3,2 до 3,8 ед.) и во 2-й группе – перед обедом (с 3,5 до 4,0 ед.). Доза перед ужином снизилась в 1-й группе с 6,7 до 5,6 ед., и во 2-й – с 4,0 до 3,9 ед. Несколько уменьшилась суточная потребность в препарате (на 1 кг массы тела): 1-я группа – с 0,77 до 0,75, 2-я группа – с 0,91 до 0,84. При анализе ростовесовых показателей не обнаружено достоверных различий в индексе массы тела в начале и конце исследования. Данную тенденцию можно расценивать как улучшение метаболического контроля.

При анализе ответов пациентов на вопросы, представленные в анкете, были получены следующие результаты. Значительно возросла удовлетворенность лечением с использованием нового препарата (с 3,4 до 5,35 балла). Пациенты



Операция ламинэктомии с фиксацией металлическими пластинами в травматологическом отделении Сахалинской областной больницы. Оперируют А.П. Кутовой и А.В. Антонов.

констатировали, что к моменту окончания исследования они стали реже ощущать неприемлемо высокий (с 3,55 до 2,85 балла) и неприемлемо низкий (с 5,9 до 3,0 балла) уровень сахара. Отмечалась положительная динамика в оценке, насколько подходящим для себя находили пациенты лечение в последнее время (с 3,55 до 5,0 балла), а также в оценке гибкости лечения (с 3,15 до 5,45 балла). Удовлетворенность своими знаниями о сахарном диабете достоверно не изменилась. После окончания исследовательского периода возросло желание рекомендовать лечение препаратом «НовоРапид» другим пациентам, что выразилось в увеличении оценки с 2,85 до 5,7 балла. Так же достоверно возросла удовлетворенность в продолжении лечения препаратом — от 2,55 балла в начале исследования до 5,8 балла при его завершении.

На основании проведенной работы можно сделать следующие выводы. 1. Использование в лечении инсулинзависимого сахарного диабета инсулина «НовоРапид» приводит к существенному улучшению гликемического контроля. 2. Улучшение степени метаболической компенсации у детей всех возрастных групп не сопровождается увеличением дозы инсулина «НовоРапид», но требуется коррекция дозы пролонгированного инсулина. 3. Использование инсулина «НовоРапид» у подростков значительно повышает удовлетворенность от лечения, снижает частоту ощущения высокого уровня сахара, вызывает желание продолжать лечение данным препаратом и рекомендовать его другим пациентам.

П.И. Лисименко

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абсцесс головного мозга — это заболевание, являющееся, как правило, осложнением других заболеваний. В нейрохирургическом отделении Сахалинской областной больницы с 1969 по 1978 г. находилось на лечении с абсцессами головного мозга 20 больных, из них 15 мужчин и 5 женщин. По возрасту наблюдения распределились следующим образом: до 10 лет — 4, 10–20 лет — 7, 20–30 лет — 4, 30–40 лет — 3, 40–50 лет — 2.

В 10 случаях этиологическим фактором развития мозговых гноевых очагов было воспаление среднего уха, 4 абсцесса были торакогенного происхождения и 3 — травматического. В 4 наблюдениях этиологию процесса уточнить не удалось. В большинстве случаев абсцесс локализовался в височной (7) и в лобной (4) долях. Лобно-теменно-височная локализация выявлена у 2 больных, множественные абсцессы с локализацией в нескольких долях и стволе головного мозга — у 3, в мозжечке — у 1, субдуральные гноевые очаги — у 2 и субдуральная и мозжечковая локализация — у 1 пациента. Возбудителями гнойного воспаления были золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк и вульгарный протей. В 4 случаях посев роста микрофлоры не дал.

Клиническая картина поражения складывалась из симптомов инфекции, внутричерепной гипертензии и очаговых симптомов. Среди наших больных заболевания начинались с головных болей в 18 случаях и сопровождалась тошнотой и рвотой в 11. Менингеальные симптомы были у 13 человек, повышение температуры до 38–39°C наблюдалось в 10 случаях. Асимметрия лица зарегистрирована у 10, анизорефлексия — у 11, гемипарез — у 4, нарушение сознания — у 11, нистагм — у 4, эпилептиформные приступы — у 3, мозжечковые симптомы — у 2, речевые нарушения — у 3, мидриаз — у 4, патологические рефлексы — у 8 и брадикардия у 2 пациентов. В крови только в 4 случаях количество лейкоцитов соответствовало норме, в остальных 16 наблюдениях повышение лейкоцитов было от 9,9 до $30 \times 10^9/\text{л}$, у 19 человек СОЭ была увеличена до 15–60 мм/час. В спинно-мозговой жидкости в 15 случаях обнаружен плеоцитоз (от 15 до 1080 клеток в 1 мл), повышение белка наблюдалось в 5 случаях (от 0,66 до 1,66%). В 14 наблюдениях ликворное давление было повышенным (от 225 до 420 мм вод. ст.). При исследовании глазного дна застойные диски зрительных нервов наблюдались у 12 больных.

Все больные подверглись оперативному лечению: тотальное удаление абсцесса — 10, дренирование — 9, декомпрессивная терапия — 1. 4 человека оперированы дважды и 1 больной — трижды. Хорошо организованная капсула абсцесса была в 7 случаях, абсцессы с тонкой капсулой имели 4 больных и неинкапсулированные абсцессы зарегистрированы в 8 случаях.

Из 20 оперированных умерло 7 человек (35%). В первые трое суток умерло 3 больных, в срок от 11 до 28 суток — 2 больных, от 1 месяца 9 дней до 3 месяцев 25 дней — 2 больных.

По нашим наблюдениям, абсцессы головного мозга чаще встречаются в детском и молодом возрасте, чаще этой патологией страдают лица мужского пола (70%). У всех пациентов заболевание начиналось с общемозговой симптоматики, а в последующем присоединялась очаговая симптоматика. Из диагностических исследований наиболее информативной оказалась магнитно-резонансная томография. Наиболее благоприятные исходы наблюдались у больных с инкапсулированными абсцессами.

П.И. Лисименко, А.П. Кутовой, М.И. Шпак, А.В. Антонов, Р.В. Аношкин

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Проблема рецидивов болевого синдрома после оперативного удаления грыж межпозвоночных дисков остается актуальной до сих пор, несмотря на постоянное совершенствование методик хирургического лечения. Наиболее частой причиной здесь являются рецидивы грыж после оперативного удаления. Наиболее надежной профилактикой этих рецидивов было бы полное удаление межпозвоночного диска, но боязнь послеоперационной нестабильности ограничивает действия хирурга и заставляет искать щадящие методики. Иногда в этом стремлении немаловажную роль играет и коммерческая сторона вопроса. Но пока ни одна из существующих методик удаления межпозвоночных грыж из заднего доступа не гарантирует от рецидива и повторной операции. В литературе приводится большой разброс частоты рецидивов грыж после их хирургического удаления — от 2 до 6–10,3 и даже до 57,3%.

Проведен анализ историй болезни пациентов, оперированных повторно по поводу рецидивов грыж дисков в нейрохирургическом отделении Сахалинской областной больницы за 10 лет (с 1993 по 2003 г.). За этот период было оперировано 617 человек, повторно оперировано по поводу рецидива грыжи 26 (один больной трехкратно), что составило 4,21%. При этом на диске L_{IV}–L_V сделано 16 операций (61%), на диске L_V–S_I — 10 (39%). Среди оперированных больных мужчины составили 81%. По возрасту эти пациенты распределились следующим образом: 30–40 лет — 6, 40–50 лет — 14, 50–60 лет — 6.

Сроки между первой и повторной операциями составили от нескольких дней до 23 лет. Мы выделили ранние операции, которые были проведены без выписки из стационара со сроком между первой и повторной от 4 до 25 дней, и поздние, при которых этот срок составил от 3 месяцев до 25 лет.

Ранних повторных операций выполнено 7. Основным критерием для диагностики и ревизии являлось сохранение болевого корешкового синдрома на прежнем «дооперационном» уровне. При этом в 6 случаях были удалены отдельные фрагменты (секвестры) грыж из-под корешков, в 1 случае имелся отек корешка (грыжи не было). Операции после удаления секвестров дополнялись по показаниям фораминотомией — декомпрессией корешка, резекцией выступающего заднего

после чего приступали к работе, больные тяжелого физического труда временно переводились на легкий физический труд. В течение срока наблюдения (от 1 года до 7 лет) после операции 70 больных (87,5%) вернулись к прежней работе, 7 больных (8,7%) сменили прежнюю работу на более легкую, 3 (3,7%) были переведены на инвалидность. По данным В.А. Шустина (1973), отдаленные результаты хирургического лечения пояснично-крестцового радикулита оценивались как отличные и хорошие в 80% случаев, как удовлетворительные — в 15% случаев и как неудовлетворительные — в 5% случаев. По Я.К. Ассу эти цифры составили соответственно 65,5, 22,5 и 12%. По собственным данным отличные и хорошие результаты были получены в 83,7% наблюдений, удовлетворительные — в 16,3% наблюдений (неудовлетворительных результатов не зафиксировано).

В.Г. Никулин

ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

В настоящее время тонкоигольная аспирационная биопсия под ультразвуковым контролем с последующим цитологическим исследованием полученного материала является одним из основных диагностических методов при узловых заболеваниях щитовидной железы. Информативность его достаточно высока и зависит в основном от опыта специалиста, проводящего указанную манипуляцию, и от квалификации врача-цитолога. В Сахалинской областной больнице этот метод диагностики стал использоваться с 2004 г. после длительных дискуссий между врачами-эндокринологами, хирургами и онкологами. Учитывая невозможность выполнения тонкоигольной биопсии на базе отделения функциональной и ультразвуковой диагностики по санитарным нормам, было решено организовать эту работу на базе эндоскопической операционной хирургического отделения, где ранее бригада, состоявшая из врача-хирурга и врача ультразвуковой диагностики, проводила лечебно-диагностические пункции органов брюшной, грудной полостей и забрюшинного пространства.

Первичные ультразвуковые исследования щитовидной железы проводились на эхокамерах фирмы «Хьюлет-Паккард» и «Алока» в центральных районных больницах, поликлиниках Южно-Сахалинска и в областной больнице. Жители областного центра попадали на тонкоигольную аспирационную биопсию щитовидной железы, чаще всего минуя кабинеты ультразвуковой диагностики областной больницы. Биопсия проводилась с использованием эхокамеры «Алока-500» и линейного датчика с частотой 7,5 МГц. В связи с отсутствием пункционной насадки на датчик и для ускорения диагностического процесса состав бригады из двух врачей решено было не менять. Для проведения биопсии какая-либо анестезия и премедикация не применялись, а пациенты подбирались с узловыми образованиями железы, один из размеров которых был не менее 9–10 мм (более мелкие кисты пунктировались редко). Материал забирался обычно из 2–3 точек каждого узлового образования, кроме кист. 36 пациентам биопсия была проведена дважды, т.к. в первых пунктатах не содержалось информативного материала (большая часть этих случаев пришлось на период освоения методики).

Всего успешная тонкоигольная биопсия щитовидной железы выполнена 446 пациентам (амбулаторный контингент составил 88%), получено 471 цитологическое заключение. Диффузно-очаговые изменения зарегистрированы в 238 (50,5%), узловой коллоидный зоб — в 94 (20%), кисты — в 82 (17,4%), фолликулярная аденома — в 36 (7,6%) и злокачественные опухоли (фолликулярный и папиллярный рак) — в 21 (4,5%) наблюдениях. Несовпадение случаев выявленной патологии и количества пациентов объясняется тем, что у одного и того же больного могли регистрироваться цитологически различные изменения. К сожалению, пока не удалось сравнить результаты цитологического исследования и гистологические данные, полученные после оперативных вмешательств, так как хирургическая помощь пациентам с заболеваниями щитовидной железы оказывается в различных областных и городских ЛПУ областного центра.

А.Л. Другова

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИИ

Снижение слуха — не столь редко встречающаяся проблема, как это может показаться на первый взгляд: по статистике ВОЗ каждый шестой человек в мире страдает от того или иного нарушения слуха. Поражение органа слуха может быть следствием болезни, длительного воздействия шумов, наследственности, травмы, воздействия ототоксических препаратов, опухолей и многих других факторов. Лишь небольшой процент нарушений слуха может быть скорректирован при помощи операций или лекарственных средств. В подавляющем большинстве случаев же снижение слуха может быть компенсировано слухопротезированием, то есть правильным подбором индивидуально настроенного слухового аппарата.

До середины 90-х годов XX века абсолютно все слуховые аппараты были аналоговыми, т.е. не имели цифровой обработки сигнала. Функция таких аппаратов вначале сводилась к простому усилению сигнала, полученного с микрофона. В дальнейшем, с развитием технологий, у них появились дополнительные возможности по настройке: регулировка тембра, автоматическая регулировка уровня громкости, несколько каналов, возможность программирования и т.д. В настоящее время аналоговые слуховые аппараты обладают гораздо большими возможностями, по сравнению с прошлым веком, но в целом уступают цифровым.

Цифровые слуховые аппараты обладают следующими свойствами и преимуществами перед аналоговыми устройствами: 1) применение различных систем выделения речи из окружающего шума и ее усиления обеспечивает высокий уровень разборчивости речи в любой ситуации и существенно облегчает общение; 2) широкий частотный диапазон (выше 6 кГц) позволяет воспринимать больше разнообразных звуков; 3) наличие нескольких независимых каналов обеспечивает более точную настройку аппарата под конкретного пациента; 4) сложные механизмы компрессии (характеристики которых в многоканальных аппаратах настраиваются отдельно для каждого канала) регулируют интенсивность излишне громких звуков и обеспечивают более мягкое, приятное звучание; 5) практическое отсутствие искажений и низкий уровень собственных шумов аппарата дополнительно улучшает качество его звучания; 6) применение алгоритмов подавления обратной связи практически сводит на нет такое неприятное явление, как «свист»; 7) высокий уровень устойчивости к помехам и искажениям, возникающим в аппарате при воздействии электромагнитных полей, позволяет без проблем пользоваться современной техникой — беспроводными радио- и мобильными телефонами, компьютерами и т.д.; 8) экономичность: батарейки в цифровых аппаратах работают дольше, чем в аналоговых.

В Сахалинской областной больнице на базе консультативной поликлиники с 1973 г. работает кабинет сурдолога и пункт ушного протезирования. Сурдолог-отоларинголог осуществляет осмотр пациентов с применением аудиометрии и импедансометрии. В пункте ушного протезирования производится подбор, настройка и выдача слуховых аппаратов. До 2006 г. слабослышащие получали слуховые аппараты аналогового типа. С января 2006 г. появилась возможность осуществлять выдачу цифровых аппаратов с триммерной настройкой и программируемых цифровых аппаратов производства Phonak, Bernafon, Widex, Re Sound, Oticon и Siemens (по февраль 2007 г. протезировано более 650 пациентов, более 500 из которых были старше 50 лет). Следует заметить, что и аналоговые аппараты остаются востребованными теми пациентами, которые

длительно пользуются ими, также они более доступны по стоимости. Большинство слабослышащих пенсионеров Сахалинской области не могут приобрести слуховые аппараты самостоятельно и получают их по льготной программе.

О.Н. Колесова, В.Г. Беличенко

ВЛИЯНИЕ НОВЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Перинатальная медицина, переживающая сегодня этап стремительного развития, основанная на достижениях фундаментальных наук, подняла качество оказания помощи женщинам и детям на новый уровень. Это особенно важно в наши дни, когда в демографической ситуации в России сохраняются неблагоприятные тенденции, связанные со снижением численности населения, увеличением смертности и снижением темпов рождаемости.

Акушерское observationalное отделение Сахалинской областной больницы явилось первым лечебным учреждением области, которое с 2003 г. начало работу по внедрению новых перинатальных технологий на основе декларации ВОЗ–ЮНИСЕФ «Охрана и поддержка грудного вскармливания». Благодаря поддержке областной администрации Сахалинская область в 2005 г. была включена в число 16 территорий РФ, где реализуется проект «Мать и дитя», признанный Министерством здравоохранения и социального развития одним из самых результативных в стране. Перинатальный центр Сахалинской областной больницы был включен в число четырех пилотных учреждений проекта.

Для обеспечения психологически комфортного пребывания рожениц и родильниц и раннего кормления ребенка родильный блок работает в условиях индивидуальных родильных залов. Ведение родов здесь позволило внедрить семейно-ориентированные технологии (частота партнерских родов составляет 8,3%). 71% кесаревых сечений сегодня проходит с применением спинно-мозговой анестезии, как в ведущих перинатальных центрах России. Это позволяет обеспечить полноценный контакт матери и ребенка и первое кормление сразу после перевода из операционной в палату интенсивной терапии. Послеродовые палаты функционируют по принципу совместного пребывания, вскармливание новорожденных осуществляется по требованию. В этих условиях отмечается ускоренная инволюция матки и снижение числа гнойно-септических заболеваний. Так, количество гнойно-септических заболеваний среди новорожденных снизилось с 0,3‰ в 2005 г. до 0,1‰ в 2006 г., а среди родильниц с 1,7 до 1,1‰ соответственно (в среднем по РФ – 1,31‰). Уровень грудного вскармливания повысился до 97%, средняя длительность пребывания в стационаре снизилась с 8,4 койкодня в 2003 г. до 7,3 койкодня в 2006 г.

Произошли существенные изменения в тактике ведения родов. При родоразрешении используются альтернативные позы и положения, женщины могут принимать легкую пищу и воду. Способ активного ведения родов в 3-м периоде применяется в 57,1% случаев. При преждевременном разрыве плодных оболочек у пациенток до 30 лет без симптомов гипоксии плода применяется выжидательная тактика, что в трети случаев приводит к развитию спонтанной родовой деятельности и не увеличивает количества гнойно-септических инфекций. Кардиомониторный контроль в родах осуществляется только при хронической гипоксии плода и меконияльном характере вод. Дистресс плода как показание к кесареву сечению в 2007 г. зарегистрирован в 8,7% (в 2005 г. – 11,2%). Перинатальная смертность снизилась с 27,7‰ в 1994 г. до 4,5‰ в 2006 г. (в среднем по области – 6,65‰, по РФ – 5,79‰). За этот период показатели мертворождаемости снизились с 11,4 до 4,5‰, а ранней неонатальной смертности – с 16,2 до 0%.

Заболеваемость новорожденных в 2006 г. равнялась 920‰ (в среднем по РФ – 831,4‰), количество детей, переведенных в детскую больницу, снизилось с 6,9% в 2005 г. до 5,4% в 2006 г. Снизились акушерский травматизм в родах, отмечено снижение числа послеродовых кровотечений (с 18,7 до 15,4%, в среднем по РФ – 15,4%).

Таким образом, внедрение новых низкочастотных технологий позволило в целом изменить практику акушерского стационара за счет оптимизации использования имеющихся ресурсов, существенно повысить качество оказания перинатальной помощи и удовлетворенность пациентов медицинскими услугами.

О.В. Афанасенко

КРУПНЫЕ ПЛОДЫ КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ДИСТРОФИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ)

В последние годы отмечается тенденция к росту рождаемости крупновесных детей и увеличению заболеваемости данной категории новорожденных (Н.П. Шабалов, 2006). По данным отделения новорожденных и недоношенных детей Сахалинской областной больницы, в структуре заболеваемости новорожденных в 2004–2006 гг. внутриутробные дистрофии занимали 1-е место (16–17,8%). Среди них рождение крупных и чрезмерно крупных плодов составляло 62–78%. Большинство (67–80%) крупновесных детей появились на свет в результате вторых и последующих родов, что соответствует данным литературы (В.В. Абрамченко, Н.П. Шабалов, 2004). Отчасти это может быть связано с повышением уровня жизни в обществе и улучшением условий питания беременных. Сахарный диабет матери как причина крупновесности регистрировался редко (1% наблюдений в 2006 г.). То же относится к переносимости: 2,8% наблюдений в 2004 г. и 3,4% наблюдений в 2005 г. Наследственность играла довольно ощутимую роль – 50% крупновесных детей имели родителей, масса тела которых при рождении превышала 4 кг. Отечная форма гемолитической болезни новорожденных на нашем материале не зарегистрирована.

Причиной формирования крупного плода может стать неправильное питание, а также употребление мультивитаминов и биодобавок во время беременности. По нашим данным, 100% женщин, родивших крупных детей, принимали во время беременности мультивитамины. Диагноз неонатальной гипогликемии (уровень глюкозы 2,2 ммоль/л и ниже) устанавливался у 38–42% крупновесных детей. Часто регистрировались родовые травмы: переломы ключиц и кефалогематомы (у 3–8 и 22–30% крупных детей соответственно). Кроме того, рождение крупновесных детей нередко заканчивалось оперативным родоразрешением из-за несоответствия размеров головки плода и таза женщины.

Таким образом, из-за увеличения частоты проблема рождения крупновесных плодов из узкоспециальной превращается в общесударственную: увеличивается заболеваемость детей, ограничивается трудоспособность матерей. Среди основных причин этого явления, по нашим данным, на первое место вышли употребление мультивитаминов и неправильное питание беременной.

Г.В. Николаева

СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Трофобластическая хориокарцинома – злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителия – синцитио- и цитотрофобласта. Она может возникать во время нормальной беременности, после родов и аборт в любом сроке, после эктопической беременности или пузырного заноса (50%). Опухоль характеризуется смешанной структурой, включающей элементы

трофобласта и клетки промежуточного звена, отсутствием ворсинок, инвазией в окружающие ткани и кровеносные сосуды. Быстрый рост часто сопровождается центральным некрозом новообразования и кровотечением (В.П. Козаченко, 2005).

Клиническая картина характеризуется кровяными выделениями из половых путей. При расположении опухоли в стенке матки и разрушении серозного покрова органа возникают обильные внутренние кровотечения. Другим важным признаком является быстро прогрессирующая анемия. Симптомы заболевания могут быть обусловлены метастазами в различные органы: кашель с кровавой мокротой (легкие), неврологические симптомы (головной мозг), внутренние кровотечения (печень, кишечник). Клетки хориокарциномы обладают выраженной способностью к продукции хорионического гонадотропина. Трофобластические опухоли характеризуются высокой злокачественностью, быстрым метастазированием и в то же время высокой чувствительностью к противоопухолевому лечению даже при наличии отдаленных метастазов: химио- и лучевая терапия позволяют в настоящее время достичь высокой (90%) выживаемости (ВОЗ, 1985). Таким образом, только несвоевременная диагностика этих опухолей является главной причиной неблагоприятного исхода заболевания. Приводим собственное наблюдение.

Пациентка Р., 24 лет, была направлена 05.01.2006 г. в гинекологическое отделение Сахалинской областной больницы с диагнозом: «беременность малого срока, угроза прерывания». Предъявляла жалобы на боли в низу живота и кровянистые выделения из половых путей с 25.12.2005 г., жидкий стул. В анамнезе две беременности, закончившиеся медицинским абортom и самопроизвольным выкидышем. Последняя менструация 02.08.2005 г. С 08.09 по 16.09.2005 г. обследована в гинекологическом отделении городского родильного дома: тест на беременность положительный, уровень хорионического гонадотропина (от 12.09.2005 г.) 843 мМЕ/мл, данные ультразвукового исследования беременность не подтвердили. Была выписана с диагнозом: «нарушение менструального цикла типа опсоменореи».

В клинике при ультразвуковом исследовании обнаружено увеличение правой доли печени за счет множественных округлых образований около 5 см в поперечнике; рядом с правым яичником — образование неоднородной эхоструктуры около 4,5 см в поперечнике. Магнитно-резонансная томография: кистозное поражение правой доли печени, увеличение правого яичника. 06.01.2006 г. появились гипертермия, тошнота, слабость, боли в правом подреберье: прогрессировала анемия. При пункции печени получено 20 мл геморагической жидкости. После пункции заднего свода влагалища (получена кровь) 18 января выполнена лапаротомия: в брюшной полости 1500 мл крови, кровотечение из ворот печени (ушивание, тампонада). В большом сальнике напряженное образование размером 20x8 см (удалено). 22 января — релапаротомия по поводу внутрибрюшного кровотечения (ушивание печени, интраоперационная биопсия). 01.02.2006 г. получены результаты биопсии: «метастазы хорионэпителиомы в печень и сальник». Химиотерапия была не показана в связи с тяжестью состояния. С 15 на 16 февраля состояние резко ухудшилось за счет внутрибрюшного кровотечения, 19.02.2006 г. — смерть на фоне полиорганной недостаточности. На аутопсии первичный очаг опухоли в половых органах не найден.

По медицинской документации суммарный бал факторов риска трофобластической неоплазии (FIGO, 2000) в данном случае был равен 6 (низкий риск резистентности). Недостаточно полный сбор анамнеза, отсутствие динамики хориокарциномы, поздние результаты биопсии привели к поздней диагностике заболевания. Это отчасти обусловлено редкостью патологии, а также прогрессирующим ухудшением состояния больной из-за распространения процесса.

А.В. Литовченко

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ПО МАТЕРИАЛАМ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ)

Сегодня в оперативной урологии наиболее быстро развиваются методы малоинвазивных хирургических вмешательств. Эндоскопические методы литотрипсии при мочекаменной болезни (МКБ) используются и в отделении урологии Сахалинской областной больницы. Они позволяют проводить контактное разрушение камней от устья мочеточника до верхней группы чашечек в почке. С 2003 по 2006 г. пролечено 1612 пациентов с МКБ в возрасте от 20 до 80 лет, из них с камнями мочеточника — 1062 (65,9%), с камнями почки — 443 (27,5%), с камнями мочевого пузыря — 38 (2,4%). 1058 человек (65,6%) получали медикаментозную литолитическую терапию. Прооперировано 494 пациента. Эндоскопические методы использованы в 60 случаях (3,8%): 58 контактных уретеролитотрипсий и 2 чрескожные пункционные нефролитотрипсии.

Контактная уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция имеют свои клинические и технические противопоказания. К клиническим относятся воспалительные процессы мочевых путей в стадии обострения, выраженные изменения функции почек, а также ряд общих противопоказаний к любому оперативному вмешательству. Технические противопоказания включают в себя болезни тазобедренных суставов (пациент не может быть уложен в положение для цистоскопии), протяженные стриктуры мочеиспускательного канала, аденома простаты с внутрипузырным ростом и гиперплазией средней доли, уретероцистоанастомоз и лучевую терапию в области малого таза в анамнезе (что затрудняет проведение инструмента в устье мочеточника).

Уретеролитотрипсия выполнялась больным с необструктивным камнем мочеточника, с локализацией его преимущественно в нижней трети мочеточника и размером до 1,5 см. Перед манипуляцией и после нее проводились катетеризация мочеточника и антибактериальная терапия, что уменьшало риск развития воспалительных осложнений.

Чрескожная нефролитотрипсия выполнена в одном случае у пациентки с множественными камнями почки (удалено 24 конкремента величиной до 1 см), во втором — у женщины с камнем размером до 2,5 см. При поступлении в обоих случаях с целью деблокирования почки была выполнена чрескожная пункционная нефростомия, что обеспечило удовлетворительное отведение мочи, на фоне которого антибактериальная терапия привела к купированию острого пиелонефрита. Следующим этапом успешно была выполнена нефролитотрипсия аппаратом WALZ LITHOTRON.

Послеоперационный период в 8 случаях осложнился острым пиелонефритом и в одном — ТУР-синдромом. Интраоперационно в 1 случае произошла перфорация мочеточника. Срок пребывания в стационаре после эндоскопических вмешательств составил в среднем 7 койкодней.

Че Гук Тин, С.А. Барabanов

ЛЕЧЕНИЕ КАРДИАЛГИЙ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ МЕТОДОМ ПОВЕРХНОСТНОЙ И КОРПОРАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Кардиалгии — боли в левой половине грудной клетки и области сердца некоронарогенного характера — годами беспокоят людей, и на лечение их затрачивается масса сил, финансов и времени. Четко выявить причину болей удается не всегда, особенно в отдаленных районах, подчас оторванных от современного медицинского обслуживания. Вместе с тем 10–28% больных с кардиалгиями и отсутствием коронарного анамнеза имеют патологию в шейном отделе позвоночника —

остеохондроз (А.А. Луцки и др., 1998; А.Г. Чеченин, 2000). Причем часть этих пациентов имеют действительно ишемическую болезнь сердца (ИБС), но, как правило, низкого функционального класса, и поэтому лечение по поводу ИБС здесь не устраняет болей.

В отделениях кардиологии и ревматологии Сахалинской областной больницы находилось 68 пациентов в возрасте от 25 до 64 лет, прибывших на обследование в консультативную поликлинику (46 женщин и 22 мужчины). Проведены неврологическое обследование, спондилография шейного отдела позвоночника, акупунктурная диагностика. Для исключения ИБС осуществлялись консультация кардиолога, анализы крови, электрокардиография с холтеровским мониторингом, суточный мониторинг артериального давления, ультразвуковое исследование сердца, велоэргометрия, доплерография экстракраниальных сосудов. У части пациентов было подтверждено наличие ИБС, но болевой синдром тем не менее не был связан с патологией сердечно-сосудистой системы.

У всех больных с синдромом кардиалгии имелись неврологические проявления шейного остеохондроза: обострение — 52 случая, неполная ремиссия типа А — 7 случаев, неполная ремиссия типа В — 8 случаев. Регрессирующий тип течения определен у 2, прогрессирующий тип — у 57, непрогрессирующий — у 9 пациентов. Рентгенологически установлены различные патоморфологические субстраты шейного остеохондроза (внутридисковая дистрофия, унко-вертебральный артроз, спондилоартроз, нестабильность позвонков, аномалия Киммерли). Кардиалгии усиливались при движении в шейном отделе позвоночника, при движениях в плечевом суставе; у 52 человек выявлены миофасциальные триггерные точки. Боли не купировались приемом нитратов и валокардина. Рефлекторные синдромы остеохондроза выявлены в 54 случаях. Половина больных имели сочетание кардиалгии и рефлекторно-компрессионных синдромов (передней лестничной мышцы и малой и большой грудной мышцы). Синдром позвоночной артерии зарегистрирован у 8% обследуемых.

Признаки энергетического дисбаланса обнаружены (ЭДБ) у всех больных с кардиалгией. Синдром «Ян» встречался у 26 пациентов, синдром «Инь» у 33. Переходный синдром «Ян-Инь» диагностирован в 10 случаях. Наиболее часто в энергетический дисбаланс вовлекались каналы V, R, VB, F (соответственно 95,6, 95,6, 82,3 и 80,9%), реже — каналы E и RP (54,4 и 44,1%). Второй уровень (сопряженных каналов) вовлекался в ЭДБ с той же частотой, что и отдельные каналы. 3-й и 4-й уровни находились в состоянии ЭДБ значительно реже, обычно лишь при выраженном обострении (при 3-й и 4-й степени клинических проявлений). Из объединений этих уровней в 80,9% формировался C-R канал. Уровень «чудесных меридианов» диагностировался достаточно редко. VII и VII «чудесные меридианы» находились в состоянии избыточной активности у 10 больных.

С учетом индивидуального акупунктурного диагноза подбирались и способы воздействия. Кроме точек управления, местных и болевых точек, у всех пациентов применялись методы поверхностной рефлексотерапии (точечный массаж, цубо-терапия, малое кровопускание и прогревание полынными сигаретами). В результате лечения в 60% случаев наступил регресс заболевания с прекращением болевого синдрома, в 30% случаев отмечено значительное улучшение самочувствия с возвращением пациентов на работу, в 10% наблюдений зарегистрировано незначительное улучшение.

Е.И. Пикалова, Н.В. Северная

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ В ОЦЕНКЕ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫЕЗДОВ В ЦРБ г. НОГЛИКИ И г. МАКАРОВА)

Ультразвуковая маммография в настоящее время является одним из основных методов оценки состояния молочных желез. Целью нашего исследования было определение скрининговых возможностей ультразвукового метода в диагностике различной патологии молочных желез.

В г. Ноглики Сахалинской области исследование в 2006–2007 гг. проводилось на ультразвуковом сканере Aloka SSD-1700 с использованием датчика 7,5 МГц 176 женщинам в возрасте от 35 до 55 лет. Отклонения от нормы были определены у 82 пациенток (46,6%), у которых с помощью цветного доплеровского картирования оценивался кровоток. Фиброаденомы молочной железы диагностированы в 4, кисты — в 11 и фиброзно-кистозная мастопатия — в 65 случаях. У 2 женщин обнаружены узловые образования более 3,5 см в поперечнике с подозрением на злокачественность; в обоих случаях определялся активный кровоток по периферии и внутри образований. У пациенток с фиброаденомами в большинстве наблюдений сосуды располагались по периферии образований либо кровоток не определялся.

В г. Макарове в 2006–2007 гг. ультразвуковая маммография проводилась на сканере Aloka SSD-1100 с датчиком 7,5 МГц без цветового доплеровского картирования. Было обследовано 472 женщины, отклонения от нормы определены в 64 случаях (13,5%). В возрастной группе до 35 лет (100 человек) в 3 случаях были выявлены единичные кисты (до 1 см). У женщин 35–55 лет (287 человек) патология молочной железы выявлена в 46 случаях. Диагностированы фиброзно-кистозная мастопатия (37 случаев), кисты (2 случая), фиброаденомы (6 случаев) и липома (1 случай). У женщин старше 55 лет (87 человек) патологические изменения в железе найдены в 15 случаях. Среди них: фиброзно-кистозная мастопатия (9 случаев), кисты железы (4 случая), липома (1 случай) и узловое образование с подозрением на злокачественность (1 случай). Во всех случаях диагностика затруднялась из-за отсутствия цветного доплеровского картирования.

Полученные данные указывают на достаточно высокие возможности ультразвукового исследования в качестве скринингового метода уже на первом этапе обследования для оценки состояния молочных желез. Также необходимо отметить, что использование сканеров, оснащенных цветным доплеровским картированием, дает более высокие возможности для дифференциальной диагностики опухолевой и неопухолевой патологии.

В.А. Пруд, Е.Ю. Тагаева

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО И КОНТРАЦЕПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Демографическая обстановка в Дальневосточном федеральном округе продолжает характеризоваться снижением естественного прироста населения. Показатель частоты аборт по Сахалинской области составил в 2004 г. 57,5 на 1000 женщин фертильного возраста (по РФ — 43,1), а 12–13% прерываний беременности проводилось в возрасте 15–19 лет, т.е. каждый восьмой аборт в Сахалинской области пришелся на подростковый возраст. Так, показатель числа абортов на 1000 девушек в возрастной категории 15–19 лет составил в 2005 г. 46,7, что в 1,5 раза превышало аналогичный среднероссийский показатель для этой возрастной группы (30,7). В возрастной группе до 14 лет этот показатель в 2005 г. по Сахалинской области равнялся 0,5, что в 2 раза превышало средние данные по РФ (0,28).

Сотрудниками отделения планирования семьи Сахалинской областной больницы проведено анкетирование 1512 подростков и молодых людей в возрасте 14–22 лет. Цель работы — анализ информированности о сексуальном поведении и контрацептивном выборе.

Большинство опрошенных (62%) считали возможной половую жизнь до наступления брачного возраста (18 лет по Семейному кодексу РФ). Опыт сексуальных отношений до 18 лет имели 45,4% подростков. Возраст планируемого вступления в брак среди подростков составил 23–26 лет. В более старших группах возраст планируемого вступления в брак становился выше (23–30 лет), и соответственно рождение детей откладывалось на более поздний срок. Время, прошедшее от знакомства до вступления в половой контакт, не имело значения для 8,5% опрошенных. Срок в две недели обозначили 5,8% респондентов, были готовы встречаться длительное время для лучшего знакомства – 32,8%, и лишь 41,7% опрошенных планировали половую близость после заключения брака.

Источники информации о методах контрацепции у молодежи с возрастом меняются: с 15–17 лет – это друзья и партнеры (22,4%), с 16,5 до 22 лет – медицинские работники (28,4%), средства массовой информации (12,2%) и родители (5,7%). На вопрос: «От кого бы вы хотели получать эту информацию?» – варианты ответов в старшем возрасте тоже менялись: от родителей – 10%, от педагогов – 14,8%, от медицинских работников – 72,8%, из средств массовой информации – 11,3%.

Используют контрацептивы 55,6% молодых людей, имевших сексуальные контакты. При постоянности связей доля применяющих противозачаточные средства среди юношей несколько возрастала. Об экстренной контрацепции знали 26,3% опрошенных. При выяснении причин неиспользования средств контрацепции говорилось об отсутствии информации и редкости половых контактов. Среди других причин называли вред противозачаточных средств (т.е. их влияние на здоровье и внешний вид).

Анализируя итоги анкетирования, можно заключить, что для формирования правильного репродуктивного выбора среди подростков и молодежи необходимы социальное воспитание, адаптированное по возрасту и социальному статусу, санитарное просвещение о профилактике нежелательной беременности и инфекций, передающихся половым путем, доступность и бесплатность консультативных услуг, осознанный выбор современных противозачаточных средств, информированность о роли контрацепции в сохранении репродуктивного потенциала.

Искусственное прерывание беременности – не только медицинская, но и социальная, этическая и правовая проблема. Причиной аборта сегодня выступают комплексы отрицательных социально-экономических, социально-гигиенических и социально-психологических факторов, но на первом месте стоит фактор ментальности. Поэтому главная задача службы планирования семьи, всех медицинских работников – сформировать у населения, особенно у молодежи, понимание неприемлемости аборта. Это убеждение должно стать основой репродуктивного и сексуального поведения. Успешное решение этой задачи возможно при совместных усилиях всего общества: средств массовой информации, ведомств, семьи, школы, медицинских работников.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ ТЕЗИСОВ ДОКЛАДОВ

Аношкин Р.В.	94	Лисименко П.И.	94, 95
Антонов А.В.	94	Литовченко А.В.	98
Афанасенко О.В.	97	Михайлов Ю.И.	92
Барабанов С.А.	91, 98	Михалевич Н.Ф.	93
Беличенко В.Г.	97	Николаев В.Г.	93
Беляев О.Р.	92	Николаева Г.В.	97
Беляков А.Н.	92	Никулин В.Г.	96
Бородулин А.Н.	92	Пикалова Е.И.	99
Бочерикова Е.В.	93	Пруд В.А.	99
Гавриленко Н.Ю.	90	Рогожникова И.И.	93
Главинская Н.Г.	90	Рыбалка В.П.	89
Горшечникова Н.В.	90	Северная Н.В.	99
Дерябин Е.А.	92	Строк В.Г.	89
Другова А.Л.	96	Сухоцкая Т.П.	89
Жарская Н.А.	89	Тагаева Е.Ю.	99
Ким А.Т.	92	Тен Л.Н.	92
Ким Г.А.	92	Хомяков Н.Н.	89
Колесова О.Н.	97	Че Гук Тин	98
Крюков Ю.А.	92	Шпак М.И.	94
Кутовой А.П.	94		