

14. Меерсон Ф.З., Пшенинкова М.Г., Уголев А.А. Роль стресса в патогенезе ИБС // Кардиология. — 1982. — № 5. — С.54-61.
15. Селье Г. Стресс без дистресса. — М., 1976. — 126 с.
16. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 67 с.
17. Яковлева Л.А. Значение психотерапии в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда // Матер. 3 Всеросс. съезда неврологов и психиатров. — М., 1967. — С.76-81.
18. Appels A., Otten F. Exhaustion as precursor of cardiac death // Br. J. Clin. Psychol. — 1992. — Vol. 31. — С.74-78.
19. Bennett P., Carroll D. Cognitive-behavioural interventions in cardiac rehabilitation // J. Psychosom. Res. — 1994. — Apr., Vol. 38, № 3. — P.351-356.
20. Blumenthal J.A., Wei J. Psychobehavioral treatment in cardiac rehabilitation // Cardiol. Clin. — 1993. — № 2. — P.169-182.
21. Dunbar F. Psychosomatic diagnosis. — New York, 1943. — С.323-331.
22. Elliot D. The effects of music and music relaxation on patient anxiety in a coronary care unit // Heart Lung. — 1994. — № 1. — P.27-35.
23. Hackett T.P., Cassem N.H., Wishnie H.W. The coronary care unit. An appraisal of its psychologic hazards // New Engl. J. Med. — 1968. — № 25. — P.1365-1370.
24. Holmback A.M., Sawe U., Fagher B. Training after myocardial infarction: lack of long-term effects on physical capacity and psychological variables // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1994. — May, Vol. 75, № 5. — P.551-554.

© СНЕГИРЕВ И.И., АГЕЕНКО В.А., ШЕЛЕСТ П.В. —

ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

И.И. Снегирев, В.А. Агеев, П.В. Шелест

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский)

Резюме. Представлены результаты хирургического лечения 1326 больных с вентральными грыжами, в 78,3% случаев удалось восстановить нарушенную анатомию брюшной стенки местными тканями, применяя преимущественно классические методы пластики. Операции при грыжах ранее выполняли чаще под местной анестезией. В последние годы методом выбора считаем общее обезболивание в сочетании с центральными регионарными блоками. Строго дифференцированный подход к выбору метода герниопластики и вида обезболивания позволил добиться достаточно хороших ближайших результатов.

Ключевые слова. Вентральные грыжи, хирургическое лечение, обезболивание.

Грыжи передней брюшной стенки являются одним из наиболее частых хирургических заболеваний с преимущественным поражением людей трудоспособного возраста [1,7]. Для лечения их предложено большое количество различных операций и пластических материалов [3,4,6]. Однако результаты хирургического лечения до настоящего времени нельзя считать удовлетворительными [3,5]. Не решены окончательно вопросы специальной предоперационной подготовки, направленной на адаптацию больного к повышенному внутрибрюшному давлению, выбора вида обезболивания и метода герниопластики, предупреждения развития осложнений со стороны операционной раны и рецидивов заболевания. Частота последних не имеет тенденции к снижению и колеблется от 0,68 до 43% [2,5,6]. Поэтому совершенствование хирургического метода лечения вентральных грыж имеет не только медицинское, но и социальное значение [1,2].

Материалы и методы

За последние 5 лет в клинике общей хирургии были оперированы 1326 больных с вентральными грыжами. Мужчин было 870 (65,6%), женщин 456 (34,4%). Возраст от 17 до 84 лет, наибольшее их количество — 904 (68,2%) были в возрасте 41-70 лет. В последние годы наблюдается четкая тенденция увеличения числа больных паховыми грыжами, особенно мужчин среднего и пожилого возраста.

Паховые грыжи были у 866 (65,3%) больных, послеоперационные — у 279 (21,0%), пупочные — у 155 (10,3%), бедренной линии живота — у 32 (2,4%) и бедренные — у 14 (1,0%) больных. Паховые грыжи, особенно косые, двухсторонние и рецидивные, чаще наблюдались у мужчин (85,1%), а послеоперационные и пупочные — у женщин (83,7%). Причинами возникновения послеоперационных грыж явились в основном ранее произведенные акушерско-гинекологические операции, холецистэктомии из верхнего срединного доступа, лапаротомии при различных травмах живота с повреждением органов брюшной полости и аппендэктомии.

Сочетание различных грыж (паховых с пупочными, послеоперационных с бедренными и др.) имело место у 7 больных. Кроме того, у 5 мужчин паховые грыжи сочетались с водянкой яичка (2) и варикоцеле (2), а у 13 женщин, наряду с пупочными и послеоперационными грыжами, были диагностированы хронический калькулезный холецистит (11) и миома матки (2). Всем этим больным выполнены симультанные операции.

Следует отметить, что все вопросы показаний и противопоказаний к выполнению сочетанных операций, объема и характера предоперационной подготовки, выбора метода герниопластики и вида обезболивания, должны решаться хирургом совместно с анестезиологом. Подобная тактика должна применяться и в отношении больных с двухсторонними паховыми и сочетанными грыжами,

которым в последние годы стали чаще выполнять одномоментные операции.

Результаты и обсуждение

Сравнительно большое многообразие грыж у наших больных требовало строго дифференцированного подхода к выбору метода пластики брюшной стенки с учетом их клинических особенностей и локализации, общего состояния и возраста больного. В то же время считаем, что при всех видах грыж следует стремиться по возможности восстановить нарушенную анатомию брюшной стенки местными тканями, в том числе и стенками грыжевого мешка. Убеждены, что эту задачу в большинстве случаев можно достаточно успешно выполнить, грамотно применяя некоторые классические методы герниопластики.

Из весьма многочисленных традиционных пластик брюшной стенки в течение ряда лет в клинике преимущественно применяются при паховых пластика по Bassini, Postempsky и Shouldice, при послеоперационных и пупочных грыжах — пластика по К.М. Сапезко и Mayo. В 2004 году доля классических методов пластики составила 78,3%. С 2003 года, учитывая известные недостатки герниопластики с натяжением, в клинике сравнительно широко стали внедряться при паховых грыжах открытая («без натяжения») пластика по Lichtenstein, а при послеоперационных и пупочных грыжах — пластика с применением полипропиленовой сетки «on lay». Открытую пластику применяем в основном у мужчин пожилого и старческого возраста с большими, рецидивными и гигантскими паховыми грыжами. Сетчатый аллотрансплантат используем чаще у женщин при больших и многократно рецидивирующих послеоперационных и пупочных грыжах. Всего пластика с применением сетчатых эндопротезов была выполнена в 21,7% случаев у больных с хорошими ближайшими результатами.

Оперативные вмешательства при вентральных грыжах выполняются в клинике как под местной, так и общей анестезией (48,5% и 51,5% соответственно). Однако в последние годы, особенно при больших, гигантских, двухсторонних и сочетанных грыжах, методом выбора считаем современный наркоз в сочетании, по показаниям, с перидуральной анестезией.

В раннем послеоперационном периоде осложнения со стороны операционной раны (серома, гематома, инфильтрат, нагноение) наблюдались у 40 (3%) больных, вне операционной раны — у 7 мужчин развился острый орхит. Все осложнения были излечены консервативными методами.

Из 1326 оперированных умер один больной 66 лет, у которого имели место большая послеоперационная грыжа, хронический калькулезный холецистит, гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия напряжения. Смерть наступила на 3-й день после операции грыжесечения от инфаркта миокарда. Послеоперационная летальность составила 0,1%.

Таким образом, вентральные грыжи по-прежнему являются одним из наиболее частых хирургических заболеваний. В последние годы отмечается увеличение числа больных с паховыми грыжами, особенно мужчин среднего и пожилого возраста. Многообразие вентральных грыж требует строго дифференцированного подхода к выбору метода пластики брюшной стенки. При

всех видах грыж остается оправданным восстановление нарушенной анатомии брюшной стенки местными тканями, применяя преимущественно классические методы герниопластики. При «трудноизлечимых» грыжах показано применение новых способов операций с использованием полипропиленовых сетчатых эндопротезов. Оперативные вмешательства при вентральных грыжах можно выполнять как под местным, так и общим обезболиванием. Однако методом выбора следует считать современный эндотрахеальный наркоз в сочетании, по показаниям, с перидуральной анестезией. Ближайшие результаты хирургического лечения больных с вентральными грыжами можно считать хорошими. Рецидивов не было.

CHOICE OF THE METHOD OF PLASTICS OF THE FORWARD BELLY WALL IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS

I.I. Snegirev, V.A. Ageenko, P.V. Shelest
(Irkutsk State Medical University)

Results of surgical treatment of 1326 patients with ventral hernias are presented in 78,3 % of patients. It was possible to restore the broken anatomy of a belly wall local fabrics, applying mainly classical methods of plastics. Operations at hernias, earlier, were carried out under local anesthesia. During last years the method of choice is the general anesthesia in combination, if indicates, with epidural anesthesia. Strictly differentiated approach to the choice of the method of hernia repair and the kind of anesthesia has allowed to achieve rather good nearest results.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеенко В.А., Оропченко Ю.А., Мамедов Е.В., Матвеева Л.Н. Хирургическое лечение паховых грыж в пожилом и старческом возрасте // Акт. вопросы клин. медицины. Сб. научно-практич. работ. — Иркутск, 1999. — С.45-46.
2. Баулин Н.А., Ивачева Н.А., Нестеров А.В. и др. Выбор метода пластики брюшной стенки при вентральных грыжах // Хирургия. — 1990. — № 7. — С.102-105.
3. Бичан А.Н., Беляев М.В., Арешьева А.К. Влияние полимерной синтетической сетки ИШК на брюшину // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра. — 2002. — Т 1, № 5. — С.129-131.
4. Гузев А.И. Пластика при грыжах брюшной стенки с использованием синтетических материалов // Хирургия. — 2001. — № 12. — С.38-41.
5. Ковальчук В.И., Костомаров С.Н., Такуев К.С. О современном лечении паховых грыж // Вестник хирургии. — 1992. — № 5. — С.245-248.
6. Кузин А.А., Тимебулатов В.М. Пластика аллосухожилием при вентральных грыжах // Вестник хирургии. — 1992. — № 5. — С.213-215.
7. Шербатых А.В., Соколов А.Ю., Соколова С.В. и др. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами // Вестник Ассоциации хирургов Иркутской области. — Иркутск, 2004. — С.111.

© УШАКОВ И.В. —

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОЦЕССЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

И.В. Ушаков

(Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, гл. врач — И.В. Ушаков)

Резюме. В статье представлен анализ возможностей использования процессного подхода в управлении медицинской организацией. Оценен опыт и эффективность внедрения данного подхода на примере Иркутского диагностического центра (ИДЦ).

Ключевые слова. Медицинская организация, процессный подход, Иркутский диагностический центр.

В современных экономических условиях особое значение приобретает способность организации адекватно реагировать на изменения внешней среды. Крайне актуальным становится решение задачи внедрения новых форм управления, гарантирующих рост показателей эффективности лечебно-профилактических учреждений при минимальных затратах и высоком качестве оказания медицинской помощи. Непрерывное улучшение качества является в современных условиях основной доктриной успешно функционирующей медицинской организации.

Достижению поставленных целей служит разработанная, документально оформленная, внедренная и поддерживаемая в рабочем состоянии медицинской организацией система менеджмента качества (СМК), соответствующая требованиям международных стандартов (МС) ИСО серии 9000, применяющаяся во многих странах мира в разных отраслях, в том числе и в области здравоохранения. Настоящий стандарт направлен на применение «процессного подхода» при разработке, внедрении и улучшении результативности СМК с целью повышения удовлетворенности потребителей путем выполнения их требований. Качество продуктов и услуг определяется качеством процессов, результатом которых они являются.

С этих позиций в Иркутском областном клиническом консультативно-диагностическом центре разрабо-

тана, внедрена и функционирует СМК, построенная на принципах стандарта ИСО 9001:2001. Она является сутью всей системы управления организации, которая ориентирована на достижение результатов, основанных на целях качества, удовлетворении нужд и ожиданий пациентов. Непрерывное улучшение качества является основополагающей целью, корреспондирующей с достижением оптимальных результатов финансово-хозяйственной деятельности на фоне повышения удовлетворенности всех потребителей медицинских услуг (пациентов, врачей ДЦ, врачей ЛПУ и др.). СМК ИДЦ представляет собой совокупность взаимосвязанных процессов, внутри которых имеются последовательно выполняемые виды деятельности (операции).

Наибольшую трудность в понимании, что такое Процессный подход к управлению вызывает само понятие Процесс. В русском языке это слово имеет слишком много значений и оттенков. В терминах ИСО 9000:2000: «Процесс — совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, преобразующая «входы» в «выходы». Определение слишком общее и неконкретное. Вкладывать в такое определение свой смысл, или применять его для нужд конкретной (своей) организации под силу далеко не каждому менеджеру. Применение процессного подхода на начальном этапе внедрения системы позволяет посмотреть на свою медицинскую организацию со стороны и