

УДК 61(092)(571.63)

## ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 30-летию ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2 ВЛАДИВОСТОКА

### АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ, ВЫЖИВАЕМОСТИ И СРОКОВ НАХОЖДЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*М.А. Молдованов, В.Е. Тарасенко, А.В. Полещук  
Владивостокский государственный медицинский  
университет, Городская клиническая больница № 2  
(Владивосток)*

Вторая половина XX и начало XXI веков характеризуются значительным ростом травмы головного мозга, что связано с различными техногенными и экологическими катастрофами, военными действиями, террористическими актами и автодорожными авариями. В России ежегодно повреждения головного мозга получают более 1 млн 200 тыс. человек.

Проведен анализ 283 историй болезни пациентов нейрохирургических отделений Городской клинической больницы № 2 Владивостока в возрасте от 18 до 55 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Среднегодовое число пациентов составило 71 человек, большее их число (85) пришлось на 2006 г. Ежегодная выживаемость с 2002 до 2006 г. снизилась с 35,5 до 23,5%, а затем (к 2007 г.) возросла до 48,6%. За весь период наблюдения умерли 180 человек (63,6%).

Динамика 28-дневной летальности как показателя летальности от основного заболевания (среднее значение — 59,7%) продемонстрировала равномерный рост с 62,9 на 100 человек в 2004 г. до 69,4 на 100 человек в 2006 г. со значительным уменьшением (до 41,4 на 100 человек) в 2007 г. Средняя продолжительность пребывания в стационаре группы выживших составила 37,8 койкодня и пребывания в ОРИТ — 17,6 койкодня. При анализе годовых показателей отмечалось стойкое увеличение продолжительности пребывания и в стационаре, и в ОРИТ: с 6,3 и 5,8 койкодня в 2004 г. до 10,1 и 9,8 койкодня в 2007 г. соответственно. Заметное снижение показателей летальности и 28-дневной летальности связаны с увеличением коечного фонда и штата дневных лечащих врачей, с уменьшением нагрузки на врача. Кроме того, за 2004—2007 гг. отмечалась стойкая тенденция к увеличению средней продолжительности пребывания в стационаре в группе умерших пациентов, что связано с использованием современных аппаратов для искусственной вентиляции легких и жесткого соблюдения алгоритма терапии.

### ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

*А.Н. Горшеев, М.П. Швед, Т.А. Гасце, Д.В. Кушка  
Дальневосточный окружной медицинский центр, Городская  
клиническая больница № 2*

Несмотря на значительный прогресс инструментальной диагностики, проблема выявления патологии мышц, связок и сухожилий остается актуальной для современной медицины. В настоящее время предпочтение отдается тем методам исследования, которые, кроме высокой информативности, обладают такими качествами, как неинвазивность, безвредность, характеризуются простотой выполнения и трактовкой результата, воспроизводимостью и небольшой стоимостью исследования. Современное ультразвуковое исследование (УЗИ) с использованием высокочастотных датчиков с высокой плотностью элементов обеспечивают высочайшее точечное разрешение диагностических изоб-

ражений соединительной ткани. С помощью доплеровских методик исследования, таких как энергетическое световое картирование, возможна оценка сосудистой реакции в зоне обнаружения изменений.

Проанализированы результаты обследования 226 пациентов в возрасте 18–85 лет с патологией коленного сустава (134 женщины и 92 мужчины). Исследования проводились на современном ультразвуковом сканере в режиме реального времени в амбулаторных условиях, в сроки от нескольких часов до нескольких месяцев с момента начала заболевания. В результате были определены следующие показания для проведения УЗИ коленного сустава: синовиты, повреждение и воспаление связочного аппарата мышц, повреждения менисков и хряща, патология костей.

Наиболее часто синовиты возникали в супрапателлярном пространстве (верхний заворот). Геморрагический бурсит в большинстве случаев развивался в результате травмы. При подагрическом бурсите содержимое сумки было гипозоногенным, иногда с наличием гиперэхогенных включений. В острой стадии заболевания отмечалось воспаление окружающих мягких тканей. Препателлярный и инфрапателлярный бурситы встречались редко. При частичном или полном повреждении внутренней боковой связки определялась гипо- или аэхогенная структура в месте разрыва, область повреждения заполнялась гематомой, которая выявлялась как гипозоногенная или анэхогенная зона с наличием или без гиперэхогенных включений. Наружная малоберцовая боковая связка повреждалась реже, чем внутренняя (это происходит при сильной внутренней ротации голени). Среди внутренних повреждений коленного сустава повреждения мениска занимали первое место. Диагностика данных повреждений в остром периоде затруднена вследствие симптомов реактивного неспецифического воспаления, возникающего при других внутренних повреждениях сустава.

Таким образом, ультразвуковое исследование коленного сустава обладает высокой достоверностью и информативностью, не имеет противопоказаний, дает возможность визуализировать мягкотканые компоненты сустава, проводить многократные исследования. Одним из достоинств ультразвукового исследования является возможность диагностики ранних патологических изменений, что позволяет определять стадию заболевания и самое главное — осуществлять дифференциальную диагностику.

### ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОТРАВЛЕНИЙ ЗМЕИНЫМ ЯДОМ

*В.Б. Шуматов, В.Р. Ренц, В.И. Карпенко  
Владивостокский государственный медицинский  
университет, Городская клиническая больница № 2  
(г. Владивосток)*

Травмы и острые отравления химической природы на сегодняшний день вышли на 2-е место среди причин смертности населения России после сердечно-сосудистых заболеваний. Они являются основной причиной смерти людей трудоспособного возраста (30% смертей в популяции — от внешних причин: травм и отравлений). Отравления змеиным ядом входят в число прочих причин отравлений в целом и составляют 5%, что делает понятным интерес к проблеме оптимизации исходов при лечении этой категории пострадавших (Е.А. Лужников и др., 2004). Наш опыт касается применения гипербарической оксигенации (ГБО) в остром периоде отравления змеиным ядом при укусе

восточным щитомордником. Ферменты и полипептиды, составляющие основу яда, обладают геморрагическими и цитолитическими свойствами, что и приводит к поражению крови и тканей. Усиливают токсический эффект и входящие в состав яда протеазы.

Применение ГБО перспективно и высокоэффективно в токсикологии. При этом наряду с прямым воздействием метода важным является его не прямое воздействие на организм. В частности, через хемо- и барорецепторы клубочковой зоны дуги аорты активизируются защитно-приспособительные механизмы кислородотранспортных систем, что способствует реализации гемоциркуляторного ответа на химическую травму (Г.В. Андреева, 2000). Использование ГБО также способствует обрыву психопатологического синдрома кинеза (И.М. Епифанова и др., 2005). Роль же психоэмоционального фактора в патогенезе развития клиники отравления змеиным ядом несомненна.

Наш опыт использования ГБО в комплексном лечении отравлений змеиным ядом включает в себя применение его у 172 больных (с 1979 г. по настоящее время) в возрасте от 7 до 65 лет, с разнообразной локализацией места укуса. Наряду со стандартной детоксикационной терапией больным назначалось от 2 до 10 сеансов ГБО в зависимости от тяжести состояния. Сеансы проводились 1–2 раза в сутки при времени изопрессии в пределах 40–60 мин и величине давления от 1,7 до 2 атмосфер. Использовались барокамеры марки «ОКА-МТ».

Результаты клинического наблюдения и клинико-лабораторного анализа подтвердили высокую эффективность применения ГБО у такого рода больных. Эффект заключался в сравнительно быстром улучшении общего состояния, маловыраженном и быстро исчезающем отеке в месте укуса и отсутствии тенденции к его распространению, нормализации сна и аппетита. Следует отметить отсутствие летальных исходов или осложнений, которые сказались бы каким-либо образом в отдаленные сроки. Трудоспособность восстанавливалась полностью к завершению регламентированного стандартом срока лечения. Все это позволяет говорить о целесообразности включения ГБО в комплексную терапию отравлений змеиным ядом.

#### **ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

*Г.В. Джерина, С.Н. Вельяотс, А.И. Дубиков, С.Г. Попова  
Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Серонегативные спондилоартропатии – группа хронических воспалительных системных ревматических заболеваний, для которых характерно сочетание поражения суставов с поражением кожи и слизистых оболочек глаз, гениталий или кишечника. Объединяет эту группу процессов сходство клинических проявлений, патогенетических механизмов и генетическая предрасположенность – наличие антигена HLA B-27. К этой группе нозологий относится анкилозирующий спондилоартрит (АС), или болезнь Бехтерева. Заболевание чаще возникает в подростковом или молодом возрасте, редко после 45 лет. Распространенность АС в России колеблется в пределах 0,01–0,09%, в Приморском крае равняется 0,06%.

Ежегодно через городской ревматологический центр проходит 45–60 пациентов с АС, за последние три года их количество стало увеличиваться, и в 2006 г. пролечено уже 93 человека. Мужчины заболевали в 6–8 раз чаще женщин. Юноши подросткового возраста составляли 22%, мужчины 20–45 лет – 65–68%, лица старше 45 лет – 12%. У юношей до 18 лет показанием для госпитализации были непродолжительные (до 3 мес.) боли в нижней части спины воспалительного ритма, у 60% из них они сочетались с ощущением скованности в позвоночнике по утрам. При рентгенологи-

ческом обследовании сакроилеит определялся с трудом из-за наличия зон роста, и у многих пациентов поэтому диагностирован не был (достоверно по рентгенограммам на амбулаторном этапе односторонний сакроилеит был выявлен у 12%, двухсторонний – только у 5% больных). При интерпретации рентгенологической картины пришлось столкнуться с рядом трудностей, поскольку патогномичных признаков, характерных для АС, не описано, и подобные изменения в сакроилеальных сочленениях могут возникать и при других заболеваниях. При диагностике здесь учитывалось наличие подхрящевой остеоэрозии, псевдорасширения щелей крестцово-подвздошных сочленений (на ранних стадиях), нечеткости и неровности их контуров. На более поздних стадиях отмечалось неравномерное сужение суставных щелей, анкилоз. Передний спондилит на ранней стадии был выявлен только у 3 человек (0,004% от общего числа обследованных). «Квадратизация» тел позвонков как последствие переднего спондилита зарегистрирована в 8 случаях (0,011%). Синдесмофиты и анкилоз межпозвоночных суставов в этой возрастной группе не определялись. На протяжении длительного времени у 0,5% пациентов сакроилеит оставался единственным рентгенологическим симптомом заболевания с минимальной отрицательной динамикой. Число пациентов молодого и среднего возраста за последние годы увеличилось, и если раньше у таких больных при первичном поступлении односторонний сакроилеит определялся в 8–10% случаев, а двухсторонний – в 90%, то в последние годы более чем у 95% пациентов диагностируется двухсторонний сакроилеит III–IV стадии с началом анкилоза. Симфизит, имея соответствующую клиническую симптоматику и рентгенологически проявляющийся неравномерным сужением суставной щели лонного сочленения, неровностью контуров, субхондральным остеоэрозием суставных поверхностей, встречался у наших пациентов в 25–30% случаев.

Если 10 лет назад при первом обращении ранним рентгенологическим симптомом АС была воспалительная энтезопатия с наличием рыхлых костных разрастаний по подошвенной поверхности пяточного бугра, то в последние годы таких пациентов не зарегистрировано. Конденсирующий илеит встречался редко (в 0,3–0,5% случаев) и в сочетании с клинической симптоматикой расценивался как АС.

При первичном направлении в стационар у 5–6% женщин выявлялся односторонний сакроилеит при выраженной клинической картине, а у 95% – двухсторонний сакроилеит с выраженными эрозиями, субхондральным остеоэрозием, иногда – с начальными проявлениями анкилоза в крестцово-подвздошном суставе. Поздняя диагностика АС у женщин, вероятно, связана с особенностями клинических проявлений заболевания: процесс прогрессирует медленно и протекает благоприятно, а рентгенологическая динамика при адекватном лечении минимальная.

Таким образом, по-прежнему достоверным и надежным методом ранней диагностики АС является обзорная рентгенография костей таза. Ценность ранней диагностики сакроилеита заключается в том, что на современном этапе появился новый метод лечения АС ремикейдом, который не только тормозит течение процесса, но и вызывает рубцевание зрозий.

#### **ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.**

*Л.И. Корнейчук*

*Городская клиническая больница №2 (г. Владивосток)*

Ухудшение слуха и глухота нередко являются осложнением черепно-мозговой травмы (ЧМТ), усугубляют последствия

повреждений головного мозга, иногда становятся причиной инвалидности, затрудняют реабилитацию больного после травмы. По нашим наблюдениям, изменения слуха при ЧМТ легкой степени наблюдаются в 80% случаев. Частота нарушений слуха в остром периоде ЧМТ средней и тяжелой степени достигает 100% (в 42,5% случаев необходимо специальное лечение).

Нами пролечено под аудиологическим контролем 1015 пациентов (76% мужчин и 24% женщин) с различными формами слуховых нарушений после ЧМТ: легкой – 11,2%, средней тяжести – 41,7%, тяжелой – 47,1%. У всех больных выявлены кондуктивные и нейросенсорные расстройства различной степени выраженности.

При своевременно назначенном лечении (с первых дней после травмы) кондуктивный компонент тугоухости заметно уменьшался в течение 2–4 недель. У 24% пациентов параметры звукопроводения приходили к норме в течение 1–3 месяцев после ЧМТ средней и тяжелой степени. В 73,5% случаев умеренные кондуктивные нарушения, не влияющие на социальный слух, оставались спустя 3 месяца после травмы. У 2,5% пациентов была выявлена стойкая выраженная кондуктивная тугоухость в резидуальном периоде. Без лечения сроки восстановления показателей звукопроводения удлинялись и остаточные нарушения были более выражены.

Нейросенсорные нарушения при ЧМТ зависят от вида и характера повреждения и не всегда соответствуют его тяжести. В остром периоде легкой ЧМТ признаки легкой слуховой дисфункции отмечались в 84% случаев. Элементы гиперакции наблюдались в основном у лиц в возрасте до 30 лет). У больных старше 50 лет, напротив, наблюдалось повышение порогов восприятия высоких частот. Показатели слуха, как правило, возвращались к исходным данным или к норме без лечения в срок от 2 недель до 1–1,5 месяца. При средней и тяжелой ЧМТ нейросенсорные нарушения были выявлены в 100% случаев и имели выраженную вариабельность. В 42,5% случаев понадобилось специальное лечение. Наиболее серьезные нарушения звуковосприятия наблюдались при поперечном переломе височной кости, огнестрельном ранении средней черепной ямки, тяжелой взрывной травме, ушибе базальных отделов головного мозга.

823 пациентам (1-я группа) лечение по поводу слуховых расстройств было начато в остром периоде ЧМТ. У 801 из них (97,33%) после лечения слух улучшился или восстановился до нормы после одного или нескольких курсов лечения. У 18 больных до лечения были выявлены остатки слуха в виде восприятия только низких тонов на стороне поражения. После повторных курсов лечения у 13 пациентов диапазон слышимых частот остался на прежнем уровне или увеличился, пороги восприятия несколько понизились. У 2 больных параметры слуха после лечения не изменились. У 3 человек, отказавшихся от лечения, впоследствии произошло выпадение слуха на стороне поражения. В 4 случаях после травмы при первичном обследовании была выявлена односторонняя глухота, лечение не принесло успеха.

Во 2-ю группу вошли 192 пациента, которым лечение по поводу слуховых расстройств было начато в поздние сроки после травмы (от 4 месяцев до 2 лет и более). У 79 из них (41,15%) после первого курса лечения отмечалось улучшение слуха. У 92 человек (47,92%) улучшение аудиологических показателей отмечено после повторных курсов. Односторонняя глухота до лечения выявлена у 21 больного и еще у 5 диагностированы двусторонние слуховые нарушения тяжелой степени. После лечения только у 2 из них появилось восприятие низких тонов. В 24 наблюдениях изменений параметров слуха не произошло. Более хорошие результаты получены при начале лечения в первые 4 месяца после ЧМТ.

При однотипных ЧМТ более тяжелые и стойкие нейросенсорные нарушения диагностированы у лиц старше 50 лет, что, вероятно, связано с наличием сопутствующей патологии и снижением адаптационных свойств организма. Тяжелая патология слуха также наблюдалась у мужчин от 4 до 40 лет. Многообразие, частота и тяжесть ЧМТ и, следовательно, слуховых нарушений, связанных с ЧМТ, здесь объясняется активностью молодежи, склонностью к риску, авантюризму, занятием экстремальными видами спорта, переоценкой своих физических возможностей. Немалую роль играет в этом и криминальная среда. Четких закономерностей в распределении кондуктивных нарушений слуха в зависимости от возраста не выявлено, за исключением взрывной травмы – там опять преобладали лица до 40 лет.

Отмечено, что при раннем лечении тугоухости после ЧМТ быстрее восстанавливается не только слух, но и другие функции головного мозга. В нейрохирургическом отделении ГКБ № 2 Владивостока ежегодно проходят курс лечения по поводу нейросенсорной тугоухости после ЧМТ до 100–120 больных – потенциальных претендентов на инвалидность по слуху. Но благодаря своевременному лечению большинство из них возвращается к активной жизни, к труду, не пополняя собой ряды инвалидов. За 25 лет мы успешно провели реабилитационный курс лечения более чем 2500 больным со слуховыми нарушениями после ЧМТ, избавив их от глухоты или тяжелых форм тугоухости.

#### **ИННОВАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СТАРШИХ МЕДСЕСТЕР**

*Ж.В. Юн*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

В таком многопрофильном и крупном стационаре, как ГКБ № 2, работа с застрахованными лицами в системе обязательного и добровольного медицинского страхования всегда имела много недостатков. В первую очередь она занимала много рабочего времени старших медсестер, тратившегося на получение информации о застрахованном и проверке подлинности документов. В случае отсутствия полиса медстрахования сотрудники отделения часто сталкивались с проблемой неоплаты. Поэтому создание в 2006 г. оперативного отдела по работе со страховыми компаниями освободило старших медсестер от выполнения несвойственных функций. Деятельность новой службы позволяет решать и другие важные проблемы, такие как производственные травмы, сверка с базой и получение новых медицинских полисов.

С 2004 г. в стационаре началось внедрение в практику информационной персонализированной системы учета лекарств. Первым в эксперимент вступило отделение анестезиологии и интенсивной терапии. Постоянно усовершенствуя эту программу, сегодня отделение использует ее вариант, который позволяет старшей медсестре не только вести учет лекарственных средств, но и остатков всех основных и малоценных средств в течение месяца, делать заявки и выписывать требования в аптеку, вести контроль за наркотическими и психотропными средствами, получать данные о стоимости лечения каждого пациента. Опыт работы отделения реанимации перенимают и другие отделения. Операционный блок хирургии адаптировал программу под специфику своей работы и в настоящее время осваивает новые функции для полноценной работы. Идет подготовка для включения в процесс освоения персонализированной программы учета операционного блока травматологии и отделения анестезиологии, ряда лечебных отделений.

Работа в системе персонализированного учета требует участия в ней не только старшей медсестры, но и остальных членов сестринской бригады, так как каждый сотрудник

участвует в процессе лечения пациента, а значит, использует материальные средства ЛПУ. Обучение медицинских сестер технологиям работы с системой персонализированного учета, оборудование рабочих мест медицинских сестер требуют значительных затрат для достижения результата. Политика администрации ГКБ № 2 Владивостока в области внедрения инноваций в сестринскую практику позволяет судить об отношении к деятельности медицинских сестер. Современный стиль работы, условия труда, защищенность персонала от неблагоприятных факторов производства позволяют поднять уровень квалификации медицинского персонала, повышая тем самым качество оказания медицинской помощи.

### **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

*Ж.В. Юн*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Работа над совершенствованием организации сестринской деятельности в МУЗ «ГКБ № 2 г. Владивостока» идет непрерывно. С начала 90-х годов XX века после активного обмена опытом с коллегами из г. Ричмонда (США) медицинские сестры провели немало преобразований в работе операционных блоков, приемного отделения, отдела статистики, отделений анестезиологии и реанимации и др. Был создан комитет инфекционного контроля, который изменил существующую организацию работы по профилактике внутрибольничных инфекций. Сегодня одним из наиболее важных аспектов в работе медицинских сестер является профилактика внутрибольничного инфицирования пациентов и защита медицинского персонала от биологически опасных агентов.

Учитывая риск в работе медсестер при заборе и транспортировке биологических жидкостей, мы перешли на систему вакуумного забора крови, которая гарантирует безопасность медицинского персонала и сокращает время процедуры. В стационаре сложилась практика рационального выбора медицинских перчаток с учетом их назначения и стоимости. При закупках учитываются особенности работников (аллергические реакции на тальк), а также особенности работы отделений, для которых предлагаются изделия, отвечающие всем требованиям безопасности (отделение диализа, патолого-анатомическое, травматологическое и др.). В мировой медицинской практике прослеживается тенденция замены традиционного хлопчатобумажного белья и одежды многоразового использования аналогичными одноразовыми изделиями. Последние годы в стационаре активно происходят изменения в этом направлении. В отделении диализа, где риск инфицирования персонала достаточно велик, переход на использование одноразового белья при проведении манипуляций в диализном зале полностью себя оправдывал.

На смену устаревшим моделям ультрафиолетовых облучателей открытого типа, эксплуатация которых разрешалась только при отсутствии людей в помещении, постепенно приходят современные. За последние годы большинство отделений укомплектовано настенными и передвижными рециркуляторами. Преимущества рециркуляторов очевидны: это и возможность облучения помещений в присутствии людей, которая позволяет поддерживать обсемененность воздушной среды на минимальном уровне непосредственно в ходе рабочего процесса.

Появление на рынке медицинской продукции современных дезинфектантов, упаковочных материалов и стерилизующего оборудования позволило внедрить в практику работы медицинских сестер новые образцы дезинфицирующих средств, упаковочных материалов, стерилизующего оборудования. Для изучения технологий

были разработаны инструкции, проведены семинары, на которых освещались вопросы преимущества новых дезинфектантов, упаковки. В настоящее время в стационаре используются в основном современные дезинфектанты IV класса токсичности, позволяющие экономить время при проведении предстерилизационной очистки за счет совмещения этапов обработки, предусмотренной алгоритмом выполнения данной технологии. Использование современных упаковочных материалов позволяет также экономить рабочее время медицинских сестер и отойти от рутинной стерилизации изделий. Применение в операционном блоке озоновой камеры для стерилизации позволяет готовить к операции сложное оборудование, требующее специальных условий стерилизации и хранения. Обработка операционного поля, поддержание зоны стерильности в области операционной раны во время операции требует от операционной бригады внимательности и педантичности выполнения всех этапов работы. Одним из существенных факторов, влияющих на снижение риска инфицирования операционных ран, стало применение в операционном блоке стерильных одноразовых покрытий операционного поля.

Уровень качества оказания медицинской помощи напрямую зависит от уровня развития внутрибольничных инфекций в стационаре. Применение современных технологий для профилактики внутрибольничного инфицирования пациентов позволяет персоналу МУЗ «ГКБ № 2 г. Владивостока» оказывать медицинскую помощь населению на достаточно высоком уровне.

### **МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С УГЛУБЛЕННЫМ ТОВАРОВЕДЧЕСКИМ АНАЛИЗОМ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА**

*О.В. Пятчина, Ж.А. Кисенкова, Н.В. Кучеренко*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Использование инновационных лекарственных средств, перевязочного материала и изделий медназначения позволяет уменьшить затраты на лечение осложнений, предотвращает затраты, связанные с потерей трудоспособности пациента и ее компенсацией, оптимизирует производственные потери. На базе Городской клинической больницы № 2 Владивостока проведено углубленное товароведческое исследование шовного материала, а также фармакоэкономический анализ применения кетгута и викрила при оперативном лечении. Объектами исследования были выбраны два урологических отделения, предметами исследования – 2 вида шовного материала: кетгут и викрил. Учитывались 3 основных критерия: 1) затраты на шовный материал, 2) количество койкодней, 3) затраты на лечение осложнений. Обработано 150 историй болезни за период с 2004 по 2007 г.

Расход викрила оказался примерно в 1,5–2 раза меньше, чем кетгута. Викрил в 2 раза прочнее кетгута, что позволяло применять современную хирургическую методику – однорядный непрерывный шов. Использование викрила сокращало сроки нахождения в стационаре. Из существующих нормативов выделения государственных средств норматив оплаты койкодня за 2007 г. составил 62,68 руб. При применении викрила, за счет отсутствия послеоперационных осложнений, пребывание пациентов в стационаре сокращалось на 2–3 дня. При использовании викрила не было отмечено осложнений, которые требовали бы дополнительных лекарственных средств, следовательно, затраты минимизировались. Стоимость операции, проведенной с применением викрила, оказалась значительно ниже. Экономическая эффективность выражалась в сохранении от 29 до 57% средств лечебного учреждения. Сравнительная оценка стоимости стационарного лечения показала, что лечение урологических пациентов с применением викрила обходилось средним на 2011,46 руб. дешевле.

## МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИНЫ ЛТМ

*И.В. Лазаренко, А.Ф. Волков, М.Ф. Фадеев, С.Н. Колчанов, Л.С. Филипченко*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Показанием к оперативному лечению переломов лучевой кости в типичном месте является неустранимое смещение отломков после закрытой репозиции, отдельно или в сочетании с нестабильным повреждением дистального радиоульнарного сочленения. Используемая при операции блокируемая пластина ЛТМ («Остеосинтез», г. Рыбинск) позволяет удовлетворительно удерживать отломки, а это в свою очередь ведет к полноценной реабилитации в более короткие сроки и сокращению нетрудоспособности больных. К достоинствам данной пластины относятся миниатюрность, предызогнутость по форме ладонной поверхности метафиза лучевой кости. При сравнении с ранее используемыми неблокируемыми Т-пластинами ЛТМ выигрывает в надежности удержания отломков и потенциально большими возможностями при остеосинтезе оскольчатых переломов.

Начиная с 2007 г. в 1-м травматологическом отделении ГКБ № 2 принята программа оперативного лечения переломов лучевой кости в типичном месте. Основываясь на классификации Fernandez, мы планируем хирургический доступ, ход операции и применение конструкций. Значимым смещением отломков по длине метафиза луча считается 2–3 мм, наклон суставной поверхности луча в тыльную сторону от 0° и менее, уменьшение угла Белера лучевой кости менее 13°, смещение отломков с суставными поверхностями более чем на 1 мм, а также повреждение дистального радиоульнарного сочленения типа II, III. Операционный доступ по типу Непгу, но продленный зигзагообразно ниже проксимальной складки лучезапястного сустава позволяет освободить для лучшей репозиции метафиз луча. При смещении в ладонную сторону и прониравании диафиза лучевой кости имеется возможность осмотреть отломки тыльной поверхности и провести их репозицию. Трижды во время операций мы использовали стержневой аппарат внеочаговой фиксации при репозиции оскольчатых переломов метаэпифиза. После репозиции накладывалась блокируемая пластина ЛТМ. После остеосинтеза на операционном столе делалась рентгенограмма, на которой оценивались состояние дистального радиоульнарного сочленения, наличие или отсутствие подвывиха головки локтевой кости. В послеоперационном периоде накладывали гипсовую лонгету по тыльной стороне в положении разгибания кисти примерно до 160° или тугор лучезапястного сустава. Продолжительность иммобилизации 3–4 недели.

В 2007–2008 гг. прооперированы 10 пострадавших с тяжестью повреждения у всех С по универсальной классификации переломов АО (тип III–V по Fernandez). У всех больных достигнута удовлетворительное состояние отломков на операции. Репозиция была удержана до сращения отломков, без вторичного смещения. У 2 больных не удалось добиться на операции стабильности в дистальном радиоульнарном сочленении – проведен остеосинтез спицами между головкой локтевой и метафизом лучевой кости на 3 недели. Наиболее удовлетворительные результаты получены у пострадавших с переломами, не затрагивающими суставную поверхность лучевой кости, а также имеющими стабильное радиоульнарное сочленение (тип I по Fernandez).

Использовали критерии оценок конечного результата лечения переломов лучевой кости по балльной системе лечения переломов Коллиса, оценку функции по G.K. Frykman и A. Lidstrom, оценка функции по M. Scheck. Полученный результат у пострадавших, пролеченных по данной методике, соответствовал хорошему в 3 случаях и удовлетворительному в 7.

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УРОЛОГИИ – УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ

*В.В. Лунарев, А.Г. Филиппов, В.В. Грехнев, Д.В. Нагорный, С.В. Пронягин, Г.Н. Алексеева, И.И. Молчан, Б.В. Мазалов*  
*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

«Будущее за новыми технологиями» – тезис правомочный для любой из сфер жизнедеятельности человека, и особенно для медицины.

Урология является одной из клинических дисциплин, где наиболее активно осуществляется применение современных технологий для решения как диагностических, так и лечебных задач. Все большее значение в настоящее время приобретают малоинвазивные методы диагностики и лечения заболеваний, поэтому состояние эндоурологии имеет большое значение для оценки качества урологической помощи населению. Применение эндоурологических методов лечения позволяет значительно уменьшить сроки госпитализации и социальной реабилитации, расход лекарственных средств т.д. Широкое внедрение и использование высокотехнологичного оборудования в двух урологических отделениях ГКБ № 2 за последние 10 лет значительно изменило и улучшило оказание помощи больным. Освоены и продолжают разрабатываться новые диагностические и лечебные пособия, позволяющие в 80% случаев избежать традиционной операции. При этом не меняются фундаментальные принципы и основы лечения и достигаются хорошие результаты, но со значительно меньшим риском для больного. В отделениях выполняются инструментальные диагностические и лечебные манипуляции и операции под рентгеновизуальным, ультразвуковым, эндоскопическим и смешанным контролем. Эндоурологические вмешательства проводятся трансуретральным или чрескожным доступом. Выполняются эндоскопические трансуретральные операции при различных заболеваниях мочевого пузыря, предстательной железы, мочеиспускательного канала с применением электрической энергии и энергии лазера. Проводятся чрескожные пункционные дренирования почек, кист почек, абсцессов почек и околопочечного пространства. Ведущим оперативным методом лечения камней мочевого пузыря и мочеоточника в настоящее время является эндоскопическая контактная литотрипсия. Ежегодно в отделениях урологии осуществляется более 600 вышеперечисленных вмешательств.

Возможности современных методов определяют необходимость их широкого применения в клинике и составляют ту основу, на которой продолжает совершенствоваться и развиваться диагностика и лечение большинства урологических заболеваний.

## О ЗНАЧЕНИИ МЕТОДОВ РАЗМОРОЗКИ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ: АНТИТРОМБИН III

*В.В. Глушко, А.Ю. Осолов, В.А. Павлов, Т.В. Балашова*  
*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Свежезамороженная плазма стала доступна с 1941 г. и первоначально часто использовалась для возмещения объема крови. С появлением современных плазмозамещающих растворов определились четкие показания и противопоказания к переливанию свежемороженой плазмы (приказ Минздрава РФ № 363 от 25.11.2002). Одним из показаний является коагулопатия, обусловленная дефицитом плазменных физиологических антикоагулянтов, в том числе антитромбина III. Однако эффективность трансфузии свежемороженой плазмы малопредсказуема и не контролируема. К тому же при медленном размораживании плазмы без соблюдения температурного режима, что часто наблюдается на практике, разрушается значительное количество антитромбина III.

Определялось количество антитромбина III в свежемороженой плазме после разморозки. Пробы из 20 гемаконов от 6 доноров исследовали на аппарате Vitalab

FLEXOR-E (Испания), результат определяли по калибровочной кривой. Анализ показал, что активность антитромбина III снижалась в процессе неправильной разморозки, что в дальнейшем привело к несостоятельности некоторых компонентов плазмы. Для получения удовлетворительных результатов здесь необходимо использовать современные методы разморозки, которые способны сохранять исходный состав компонентов свежемороженой плазмы.

#### **ОПЕРАТИВНЫЙ КАБИНЕТ ПО РАБОТЕ СО СТРАХОВЫМИ КОМПАНИЯМИ**

*С.А. Куколь*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Реформирование здравоохранения России основано на внедрении медицинского страхования, для которого характерен рынок медицинских услуг. Переход к рыночным отношениям предполагает использование преимущественно экономических методов управления лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ). Ресурсы здравоохранения ограничены во всем мире, и проблема их привлечения и эффективного распределения весьма актуальна. Остро встает вопрос о внебюджетном привлечении финансов, которое, как правило, разрешается посредством расширения спектра коммерческих медицинских услуг. В настоящее время типичной стала ситуация, когда ЛПУ получает часть средств из системы обязательного медицинского страхования (ОМС), часть – за счет бюджетного финансирования и часть – от реализации коммерческих услуг.

Одним из новых направлений деятельности ГКБ № 2 является создание оперативного кабинета по работе со страховыми медицинскими организациями в составе приемного отделения больницы. Вся оперативная информация концентрируется в данном отделении и используется в работе кабинета. Речь идет о работе со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, фондом социального страхования. В стационаре ведется работа со страховыми полисами пациентов, начиная с момента поступления до получения денежных средств за пролеченного больного. Работа ведется в двух направлениях – оплата полисов ОМС и плата за пациентов с тяжелой производственной травмой.

К сожалению, население мало информировано о том, где и в каком порядке можно получить полис ОМС. Многие не знают, в каких случаях полисы прекращают свое действие. Так, граждане пенсионного возраста считают полученный полис пенсионера действующим бессрочно и в случае трудоустройства и последующего увольнения представляют в лечебные учреждения аннулированный полис пенсионера. Люди, получившие полис как неработающее население, не продлевают его. Родители забывают менять полис детям при смене социального положения. Задача сотрудников кабинета отследить время действия полиса, в некоторых случаях помочь пациентам продлить полис, а в некоторых случаях – получить новый для работающего населения, не представившего полис ОМС, – связаться с работодателем и получить полис или гарантию оплаты за лечение. В дальнейшем отслеживается оплата за пролеченного пациента, предоставившего полис ОМС. В случае неоплаты в индивидуальном порядке разбирается каждый случай. Причины непринятия полиса к плате также разнообразны, одна из них – ошибки в паспортных данных при выдаче полиса. Существует множество вопросов, которые необходимо решать во время нахождения пациента в стационаре и после его выписки.

Еще одним направлением в работе оперативного кабинета является работа с фондом социального страхования. В стационар на лечение поступают пациенты, получившие тяжелую травму на производстве. Необходимо

сообщить в фонд социального страхования о поступлении в стационар больного с тяжелой производственной травмой, отследить выполнение алгоритма ведения документации, с момента признания случая страховым – проследить за медикаментозным обеспечением, подготовить к заключению договор с фондом социального страхования на оплату лечения.

После выписки из стационара проводится экспертиза истории болезни. Это помогает увязать оплату труда с объемом и качеством медицинской помощи. В решениях администрации больницы прослеживается принципиальное изменение системы мотивации: переход от поиска и наказания провинившихся к стимулированию выявления и решения существующих проблем.

Все сказанное наглядно показывает необходимость развития в медицинских учреждениях оперативной службы для работы со страховыми медицинскими организациями. Создание таких подразделений в ЛПУ позволит сохранить и привлечь финансы, а значит – выжить в нелегкой экономической ситуации. Наше медицинское учреждение выбрало путь, который более всего соответствует поставленным целям и способствует улучшению финансирования его деятельности.

#### **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

*О.А. Дударь, Л.Н. Гагарская, Л.М. Грехнева, Т.Д. Новикова*  
*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

По данным Министерства здравоохранения РФ, более 50% женщин, обратившихся в женскую консультацию, страдают воспалительными заболеваниями половых органов. При этом 50% из них нуждаются в стационарном лечении, а у 25% острый воспалительный процесс протекает с осложнениями. При тубоовариальных абсцессах оперативное лечение остается актуальным. Оно показано при перфорации абсцессов, при отсутствии эффекта от консервативного лечения, при распространенном процессе, сопровождающемся выраженной интоксикацией и представляющем угрозу для жизни больной. Оптимальным сроком для оперативного лечения является период ремиссии воспалительного процесса. Но не всегда в процессе консервативного лечения удается достичь ремиссии, и операции выполняются в экстренном порядке.

Существует два доступа для хирургического лечения – это лапаротомный и лапароскопический, последний чаще используется у детей и подростков. В алгоритме лечения воспалительных и гнойно-воспалительных процессов малого таза должны выполняться следующие требования: оперативное вмешательство достаточно радикально; операция сочетается с интенсивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапией; вмешательство выполняется высококвалифицированным гинекологом.

В Городской клинической больнице № 2 Владивостока за 2005–2007 гг. пролечено 1148 больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза: острый сальпингоофорит (461), хронический сальпингоофорит (687), в том числе осложненный пельвиоперитонитом (97) и разлитым перитонитом (21).

Оперативное лечение проведено пациенткам с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки – в 161 случае (14%). В структуре вмешательств преобладала тубэктомия с резекцией яичника, адгезиолизисом, санацией и дренированием брюшной полости 74. Такой органосохраняющий объем операций объясняется необходимостью сохранения репродуктивной функции. Кроме того, проведены тубэктомия с адгезиолизисом (15) и овариосальпинголизис с адгезиолизисом, санацией и дренированием

брюшной полости (16). Пациенткам позднего репродуктивного возраста проведены операции с сохранением одного яичника (21), пациенткам в пременопаузальном возрасте — радикальные вмешательства (35). Продолжительность лечения в стационаре составила от 7 до 15 дней (в среднем 10 дней). Послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Раннее выявление и адекватное лечение этой патологии во многом зависят от использования дополнительных методов обследования, включающих ультразвуковое исследование органов малого таза и лабораторную диагностику, а также от знания особенностей течения в зависимости от возбудителя инфекционного процесса. Благодаря применению в клинической практике современных антибактериальных препаратов, при проведении динамического наблюдения за больными и своевременной смене антибактериального препарата в большинстве случаев стало возможным органосохраняющее лечение.

Таким образом, цель лечения гнойно-воспалительных заболеваний должна включать профилактику бесплодия и синдрома тазовых болей, которые возникают в результате спаечной болезни, а также улучшение качества жизни.

### ОЦЕНКА ТРУДА РАБОТНИКОВ ЛАБОРАТОРИИ

*В.О. Вавилова, Н.П. Черных*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

С переходом медицины к бюджетно-страховому финансированию стали актуальными экономические аспекты деятельности клиничко-диагностических лабораторий. Это связано с необходимостью определения объема деятельности работников, установления зависимости между объемами исследований и оплатой труда. В отделении лаборатории Городской клинической больницы №2 Владивостока используется персонифицированный учет работы, применяется система количественных критериев комплексной оценки труда работников. Эта система основана на оценке труда по трем позициям: объем (интенсивность), сложность, качество. Совокупность оценок по этим признакам формирует коэффициент труда. В практическом применении система характеризуется простотой. Так, каждый врач и средний медицинский работник имеет личную печать с табельным номером, которая ставится рядом с шифрами выполненных лабораторных исследований (ЛИ) на бланках результатов исследований. Работники кабинета статистики вносят эти данные из историй болезни в базу компьютера, где проводится необходимая обработка информации для выведения итоговой оценки в конце месяца.

Для оценки врачей-лаборантов и средних лабораторных работников используется метод сравнительного количественного анализа фактической трудовой деятельности и нормальных показателей. Показателем интенсивности труда работников является объем работ, выполненных им в течение текущего месяца, выраженный в минутах. Норма объема труда устанавливается на данный месяц с учетом установленных часов (ЛИн). Фактический объем работы (ЛИф) определяется по данным кабинета статистики. Отношение ЛИф в минутах к ЛИн в минутах составляет коэффициент интенсивности (Ки):  $Ки\ врача = ЛИф/ЛИн \cdot 1,0$ ;  $Ки\ лаб. = ЛИф/ЛИн \cdot 0,75$  (0,75 — коэффициент, выражающий долю стоимости минуты работы лаборанта от стоимости минуты работы врача).

В зависимости от необходимости трудозатрат, а также сложности исследований, все лабораторные анализы разделены на 4 категории. Коэффициент сложности (Кс) рассчитывается по отношению суммы баллов фактически выполненных лабораторных исследований каждой категории сложности к общему числу лабораторных исследований в минутах:  $Кс = (ЛИф \cdot 1 + ЛИф \cdot 2 + ЛИф \cdot 3 + ЛИф \cdot 4) / ЛИф$ .

Расчет основного показателя — коэффициента труда (Кт) — проводится отдельно:  $Кт\ врача = Ки\ врача \cdot Кс\ врача$ ;  $Кт\ лаб. = Ки\ лаб. \cdot Кс\ лаб.$  (в баллах). Например, если врач работал за себя и за лаборанта, то Кт рассчитывается так:  $Кт\ общий = Кт\ врача + Кт\ лаб.$

В лабораториях, где нет плановой и систематической программы обеспечения качества, велика доля неправильных и неточных результатов, что лишает их клинической значимости. С экономической точки зрения — это бесполезный труд многих лабораторных работников, расход реагентов и амортизация оборудования. Поэтому, кроме внутривлабораторного, межлабораторного и федерального контроля качества заведующая лабораторией проводит экспертизу качества исследований, основанную на сходимости результатов контрольных исследований (КИ) и выявлении грубых погрешностей. Так, если результат КИ расположен в интервале  $\pm 3S$ , то из интегрального показателя — коэффициента труда — отнимается 0,1 балла. Также из полученной суммы Кт вычитаются баллы за выполнение функциональных обязанностей с замечаниями (0,005 за каждое), за несоблюдение производственной и трудовой дисциплины, правил внутреннего трудового распорядка (0,1 за каждое), за нарушение правил техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима, курение в непопозволенном месте, беспорядок на рабочих местах и в комнатах отдыха, раздевалках и т. д. (0,1 за каждое).

Персонифицированный учет работы и комплексная оценка труда врачей и средних медицинских работников лаборатории позволяет повысить ее объективность, поскольку труд оценивается по главным его признакам: количество (интенсивность), сложность и качество. Использование системы дает возможность осуществлять регулярный контроль за распределением нагрузки между работниками с учетом их квалификации, выявлять конкретные недостатки в работе каждого. Система персонифицированного учета и комплексной оценки труда в лаборатории оказывает положительное влияние на организацию труда на конкретном рабочем месте и на процесс управления деятельностью лаборатории.

### ПРИМЕНЕНИЕ СЕВОФЛУРАНА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ОБЛАСТИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*В.А. Павлов, В.И. Моисеенко*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Особенностью операций на поясничном отделе позвоночника путем интер- и гемиламинэктомий с точки зрения анестезиолога является антифизиологическое положение пациента, малая травматичность вмешательства на начальном и максимальная — на завершающем этапе. Укладка больного в состоянии анестезии в операционное положение также является одной из причин, провоцирующих гемодинамические сдвиги и удлиняющих время операции.

Проведен анализ 113 анестезий у лиц в возрасте 25–60 лет при операциях на поясничном отделе позвоночника по поводу грыжи диска или узкого позвоночного канала. В 24 случаях выполнялась масочная индукция в анестезию севофлураном в дозе 8% в газотоке кислорода 8 л/мин. Насыщение продолжалось 3–5 мин, затем вводились миорелаксант и фентанил. Выполнялась интубация трахеи и начиналась искусственная вентиляция легких. Концентрация севофлурана на испарителе устанавливалась в пределах 0,7–1 МАК. Проводилась денитрогенезация пациента за счет вентиляции с  $FiO_2$  в течение 5 мин. После этого осуществлялся поворот в операционное положение. В дальнейшем поддержание анестезии осуществлялось севофлураном в газотоке кислорода 1–2 л/мин. Концентрация анестетика поддерживалась в пределах 1–2 МАК. По окончании операции подача анестетика прекращалась.

Газоток возвращался к уровню минутной вентиляции, и через 10–12 мин происходило пробуждение пациента и восстановление самостоятельного дыхания. Вторую группу составили 20 больных, которым выполнялась эндотрахеальная анестезия по методике нейролептанальгезии. В третью группу вошли 28 человек, которым эндотрахеальная анестезия проводилась по методике атаральгезии. В четвертой группе – 30 больных – выполнялась эндотрахеальная анестезия фторотаном и в пятой – 21 больной – тотальная внутривенная анестезия.

Как и ожидалось, наибольшая гемодинамическая стабильность была достигнута в первой группе. Лишь у 54,2% больных отмечено повышение среднего артериального давления более чем на 20% от исходного после интубации. Постуральная гипотензия не отмечена ни в одном случае. У всех больных отмечалось восстановление сознания в течение 15 мин после прекращения подачи анестетика. В дальнейшем постнаркозной депрессии сознания не отмечалось. Все пациенты способны были обслуживать себя уже в течение 60 мин после прекращения подачи анестетика и активизировались в первые сутки.

Во второй группе отмечена наименьшая частота постинтубационной гипертензии, однако в 4 случаях зарегистрирована постуральная гипотензия. Несмотря на раннее восстановление сознания отмечалось состояние нейролепсии разной степени выраженности, что исключало возможность активизации в первые сутки.

В третьей группе достигалась вполне удовлетворительная гемодинамическая стабильность, однако лишь у 60,7% больных отмечалось восстановление сознания в течение 15 мин после прекращения подачи анестетика. Остальным требовалась искусственная вентиляция легких до 60 мин и во всех случаях наблюдался постнаркозный сон, который исключал возможность активизации в первые сутки.

В четвертой группе у 36,7% больных отмечено повышение среднего артериального давления более чем на 20% от исходного после интубации трахеи, в 5 случаях отмечена постуральная гипотензия. В пятой группе наблюдалась наибольшая частота (47,6%) постуральной гипотензии. У 14,3% больных отмечено повышение среднего артериального давления более чем на 20% после интубации трахеи.

Таким образом, наиболее благоприятные условия для ранней активизации больных, оперированных на поясничном отделе позвоночника, создаются при эндотрахеальном обезболивании севофлураном или тотальной внутривенной анестезии пропофолом. Для севофлурана в дозе до 1,5 МАК характерно минимальное влияние на системную гемодинамику. Это может быть преимуществом для больных высокого анестезиологического риска и при операциях в антифизиологическом положении.

#### **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ GESTАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

*С.Н. Аницупов, Б.В. Мазалов, Д.В. Корябкин, А.А. Василюк  
Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Несмотря на большое количество исследований как отечественных, так и зарубежных ученых, проблема инфекции мочевыводящих путей у беременных женщин остается актуальной ввиду того, что вызывает осложнения как у плода, так и у матери. Частота осложнений составляет 6–12%. Согласно современным представлениям в патогенезе гестационного пиелонефрита ведущими факторами являются нарушение уродинамики, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, повышение уровня глюкокортикоидов в крови.

За 2003–2007 гг. в клинике урологии Владивостокского государственного медицинского университета на базе

Городской клинической больницы № 2 наблюдались 222 больных с гестационным пиелонефритом. По результатам исследований мочи на микрофлору было выявлено, что наиболее частым возбудителем гестационного пиелонефрита является *S. epidermidis* (42%), *E. faecalis* (32%) и *E. coli* (26%). При сонографии у 144 больных (65%) выявлены признаки суправезикулярной обструкции. При выявлении данного состояния проводилось восстановление адекватного оттока мочи с пораженной стороны у 34 пациентов (15%). У 32 человек (14%) проведено стентирование мочеточника, у 2 (1%) – произведена пункционная нефростомия. При комплексной терапии в стационаре совместно с медикаментозным лечением назначался охранительный режим, лечебное питание, расширенный питьевой режим, лечебная гимнастика, уросептическая фитотерапия. Проводилась санпросветрательная работа о необходимости соблюдения данного режима вплоть до родов, что позволяет снизить рецидивность гестационного пиелонефрита в течение всей беременности.

Накопленный опыт диагностики и лечения больных гестационным пиелонефритом позволил купировать атаку пиелонефрита, сократить сроки лечения в стационаре и предотвратить развитие гнойно-септических осложнений у беременных, не прибегая к открытым оперативным пособиям.

#### **СОСУДИСТЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА**

*Ж.В. Юн, А.Я. Шахманов*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Проблема сосудистого доступа у больных на остром и хроническом гемодиализе остается жизненно важной, несмотря на значительное количество исследований в этой области. В настоящее время требования, предъявляемые к сосудистому доступу, рассматриваются в новом аспекте. Это связано с появлением новых антисептических и перевязочных средств, низкомолекулярных гепаринов и более совершенных современных катетеров для гемодиализа. Задача медицинского персонала адекватно осуществлять уход за сосудистыми катетерами для предотвращения инфицирования и нормального функционирования доступа для гемодиализа.

Временный сосудистый доступ формируется при необходимости экстренного гемодиализа. Необходимость во временном сосудистом доступе варьирует от нескольких часов до нескольких месяцев. В качестве самого доступа используют специальные катетеры: временные и постоянные.

Временные катетеры обеспечивают гемодиализный доступ на срок менее 3 недель. Обычно для обеспечения сосудистого доступа катетеризируют подключичную вену. Наиболее частое осложнение катетеризации магистральных вен – тромбоз катетера, а также перикатетерная инфекция. При последней катетер удаляют и назначают антибиотики широкого спектра действия. Для длительного сосудистого доступа (от нескольких недель до нескольких месяцев) применяют туннелизованные центральные венозные катетеры (туннельные катетеры), которые устанавливаются путем хирургического вмешательства. В отличие от введенных чрескожно центральных венозных катетеров данные катетеры имеют туннелизованную часть, которая проходит через кожу, и оснащены дакроновой манжеткой в месте выхода. Катетер устанавливают в подключичную или бедренную вену. Перманентный катетер устанавливают в правое предсердие, его положение следует проконтролировать рентгенологически.

Уход за катетером и доступ к кровообращению должны осуществляться в асептических условиях, и только подготовленным персоналом. Место выхода катетера должно

осматриваться на каждой процедуре гемодиализа на предмет симптомов инфекции. В результате исследования перевязочных материалов установлено, что обсеменение катетеров при использовании прозрачных и марлевых перевязочных материалов составляет 5,7 и 4,6% соответственно. После любых манипуляций с катетером используют промывающий раствор. Несмотря на то, что эти растворы предназначены для профилактики тромбозов, а не инфекций, отложения тромбина и фибрина на катетерах могут служить ядром для образования колоний микроорганизмов в просвете катетера. Поэтому использование антикоагулянтов (например, гепарина) или тромболитиков может предотвращать развитие инфекций, связанных с катетеризацией.

Рекомендации по профилактике инфекций, связанных с катетеризацией сосудов, позволяют уменьшить число случаев инфицирования у пациентов без значительного увеличения материальных ресурсов.

### **ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С УСТЬЕМ И ИНТРАМУРАЛЬНЫМ ОТДЕЛОМ МОЧЕТОЧНИКА КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП НЕФРУРЕТЕРЭКТОМИИ ПРИ ПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

*А.Г. Филиппов, В.В. Грехнев, Б.В. Мазалов, А.А. Амельченко, К.В. Мялк*

*Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Диагностика и лечение папиллярных опухолей верхних мочевых путей является актуальной в современной урологии. По данным разных авторов, опухоли лоханки составляют 4–5%, а мочеточников –1–2% от всех опухолей почек и верхних мочевых путей. Усовершенствованное современное эндоскопическое оборудование и его широкое внедрение в урологическую практику изменили принципы диагностики и лечения этих новообразований.

С ноября 2004 г. по декабрь 2007 г. в отделениях урологии Городской клинической больницы № 2 16 больным (11 мужчин, 5 женщин) в возрасте 47–78 лет с папиллярными опухолями почечной лоханки (10) и мочеточника (6) была выполнена открытая радикальная нефруретерэктомия из люмботомического доступа в сочетании с эндоскопической трансуретральной резекцией мочевого пузыря, устья и терминального отдела мочеточника. Все пациенты имели абсолютные показания к проведению радикального оперативного вмешательства, во всех случаях пораженный опухолью орган ранее оперативному вмешательству не подвергался. Основными диагностическими признаками заболевания были рентгенологические дефекты наполнения верхних мочевых путей, макро- и микрогематурия, боли на стороне поражения и нарушение функции почки. Окончательным методом диагностики являлась цистоскопия и уретероскопия.

Использовался стандартный операционный набор и эндоскопическая стойка для проведения трансуретральных операций на мочевом пузыре. Первым этапом проводился осмотр мочевого пузыря в цистоскопическом положении и с помощью петлевого электрода резектоскопа выполнялась резекция соответствующего устья мочеточника, стенки мочевого пузыря в радиусе до 2 см от устья и терминального отдела мочеточника. После резекции проводилась коагуляция кровотока сосудов и дистального отдела мочеточника, мочевой пузырь дренировался уретральным катетером. Среднее время эндоскопического этапа составило 20 мин. Далее больного переворачивали в люмботомическое положение и как второй этап выполнялась открытая нефруретерэктомия. Оставшийся мочеточник выделался максимально вниз и после тракции удалялся вместе с почкой.

Резекция мочевого пузыря, устья и терминального отдела мочеточника эндоскопическим путем сокращает время операции, а значит, и время наркоза. При этом эндоскопический этап резекции занимает значительно меньше времени, чем стандартная операция, является менее сложным и кропотливым. Учитывая различия послеоперационного периода как отражения травматичности операции, снижение длительности пребывания пациента в наркозе, можно считать, что эндоскопическая трансуретральная резекция значительно уменьшает операционную травму. Остаются открытыми вопросы о влиянии эндоскопической резекции на частоту рецидивов опухоли и их характер. Необходимо проведение длительных клинических исследований и наблюдений для их решения.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

*Г.В. Джерина, С.Г. Попова, С.Н. Вельяотс*  
*Городская клиническая больница №2 (г. Владивосток)*

Городская клиническая больница № 2 – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, в составе которого четыре травматологических, два нейрохирургических, два урологических, гинекологическое, хирургическое отделения, отделение сосудистой хирургии, гемодиализа, детское инфекционное, реанимационное отделения, центр острых отравлений, городской ревматологический центр. Для обеспечения диагностического процесса в клинике наряду с отделениями функциональной диагностики и лабораториями функционирует рентгеноотделение. Отделение располагается на двух этажах, имеет кабинет ангиографии и работающий круглосуточно кабинет приемного отделения. Материальная база отделения представлена двумя аппаратами ТУР Д 800, аппаратом ЕДР-750, уроскопом-Д, флюорографом и хиралюксом, на котором выполняются ангиографические исследования. В 2006 г. в рентгенкабинете приемного отделения был установлен пленочный аппарат Proteus фирмы «Дженерал Электрик». Парк передвижных рентгеновских устройств состоит из аппарата на С-дуге с УРИ фирмы Siemens и восьми аппаратов 9ЛБ. При вмешательствах на крупных суставах и позвоночнике в операционных используется мобильный рентгеновский аппарат на С-дуге «Сиремобиль-2000» с УРИ.

С 1978 г. в отделении работает терапевтический рентгеновский аппарат РУМ-17, на котором за год проходят лечение до 170–180 пациентов с различными воспалительными заболеваниями. По профилю отделений было пролечено 37% больных из хирургического отделения, 12% – из урологического отделения, 4% – из отделения сосудистой хирургии, 2% – из онкологического и 45% – из ревматологического отделения. Накоплен определенный опыт снятия болевого синдрома у онкологических больных с метастатическим поражением позвоночника. С 2004 по 2006 г. в отделении работал компьютерный томограф Somatom Smile фирмы Siemens. Было сделано 3788 компьютерных томограмм, в т.ч. 2880 исследований черепа, 109 – органов грудной клетки, 124 – брюшной полости и 675 – прочих органов.

Количество рентгенологических исследований на протяжении последних пяти лет колебалось от 42 705 в 2005 г. до 54 651 в 2006 г., из них на приемное отделение приходилось 60–62%. Количество снимков, сделанных передвижными аппаратами, в 2004 г. – 7794, в 2007 г. – 11 821, аппаратом на С-дуге – от 220 снимков в 2005 г. до 290 в 2007 г. (из них большим в отделении реанимации и палатах интенсивной терапии – 28–30%, интраоперационно – до 60%, тяжелым больным в палатах – 10–12%).

По структуре рентгенологические исследования распределены следующим образом: от 44,3 до 50,1% пришлось на костно-суставную систему, от 26,5 до 36,7% – на исследования прочих органов и систем, от 9,9 до 25,6% – на

исследования органов грудной полости и от 1,39 до 4,1% — на исследования желудочно-кишечного тракта. Количество рентгеноскопий остается почти на одном уровне: 1022 в 2005 г. и 1179 в 2007 г. (до 2% от общего количества исследований). Среднее количество рентгенограмм на одно исследование органов грудной полости составило 1,4–1,7, желудочно-кишечного тракта — 5,9–6,8, костно-суставной системы — 1,6–1,7 и прочих органов и систем — 2,0–2,1. Удельный вес специальных методов исследования колебался от 17,1 в 2005 г., когда в отделении работал компьютерный томограф, до 14,1 в 2007 г. (из них ангиографических — 10% в 2005 г., 11,4% в 2006 г. и 9,8% в 2007 г.).

По-настоящему незаменимыми рентгенологические методики остались только при исследовании бронхолегочной и костной систем, а также при проведении некоторых инвазивных манипуляций. Одной из таких манипуляций является миелография. Ежегодно в отделении выполняется 200–230 миелографий. Другая инвазивная манипуляция, проводимая в нашем лечебно-профилактическом учреждении, — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. В среднем в год проводится 50–60 подобных исследований.

### ХИРУРГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДИАЛИЗА

*А.С. Иорданова*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Достижения в технологии гемодиализа еще раз подтвердили мнение о приоритетном значении качества сосудистого доступа для обеспечения адекватного и безопасного программного гемодиализа. Предпочтительным способом создания постоянного сосудистого доступа является радиоцефальный анастомоз в нижней трети предплечья на нерабочей (у правой — на левой) верхней конечности. Недостаточный диаметр сосудов, рассыпной характер их строения, низкая скорость кровотока, повышенная свертываемость крови и ряд других причин могут привести порой к серьезным проблемам в создании постоянного сосудистого доступа, что вынуждает оперировать пациента повторно и неоднократно. По данным литературы, до 15% пациентов нуждаются в протезировании, а у 10% больных создание постоянного сосудистого доступа невозможно по анатомическим особенностям. Стратегическим направлением, обеспечивающим улучшение сохранности функции сосудистого доступа, предлагается не формирование нового, а обеспечение максимальной продолжительности функции имеющегося путем своевременной диагностики осложнений и их коррекции.

Проведен анализ выполненных 232 оперативных вмешательств в отделении диализа Городской клинической больницы №2 по созданию сосудистого доступа для гемодиализа за 2003–2008 гг. 59 пациентов (25,4%) оперировались неоднократно, в т.ч. 20 человек (8,6%) — после тромбоза длительно функционирующей фистулы. 149 вмешательств (64,2%) выполнено в объеме формирования артериовенозной фистулы, тромбэктомия проведена в 16 случаях (6,9%), реконструктивные операции — в 7. Как переходный этап к постоянному сосудистому доступу артериовенозное шунтирование выполнено у 29 больных (12,5%). Формирование постоянного сосудистого доступа посредством синтетического сосудистого протеза Goretex после истощения ресурса нативных сосудов потребовалось у 7 пациентов (3,0%).

Основной принцип, определявший нашу хирургическую тактику при тромбозе постоянного сосудистого доступа, состоял в максимально возможном сохранении потенциала этого доступа путем раннего выполнения корригирующего (тромбэктомии, баллонной ангиопластики) или реконструктивного хирургического вмешательства. Соблюдение этого принципа обеспечивает лучшие кли-

нические результаты, уменьшает сроки госпитализации и стоимость лечения.

### ЧРЕСКОЖНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ ПОЧЕК

*В.В. Грехнев, Б.А. Сотниченко, А.Г. Филиппов, В.В. Мазалов, В.В. Лупарев*

*Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет*

С внедрением в медицинскую практику новых наукоемких технологий произошло изменение подхода в диагностике и лечении урологических заболеваний. Однако пункционные методы дренирования острых абсцессов почек в Российской Федерации достойного широкого применения еще не получили. В клинике факультетской хирургии ВГМУ на базе урологических отделений ГКБ № 2 с 1992 по 2006 г. было обследовано и пролечено 92 пациента (59 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 16 до 68 лет с острыми абсцессами почек. В 1998 г. был разработан и внедрен новый метод малоинвазивного лечения — чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) гнойников под контролем ультразвуковой диагностики — при помощи которого дренированы гнойники у 59 больных. ЧПД выполнялось в операционной, оборудованной рентгенодиагностическим комплексом ChiroLux-7 и ультразвуковым сканером Aloka-500 тип SSD, снабженным высокочастотным пункционным электронным линейным датчиком UST-5039P. Для дренирования использовались трубки различного диаметра, выпускаемые компанией «МедСил» (г. Мытищи).

Все больные подверглись комплексному урологическому обследованию. В качестве скринингового метода визуализации применялась полипозиционная ультразвуковая диагностика на сканере Aloka (тип SSD-1700 DYNA VIEW) в режиме реального времени. Обзорная и экскреторная урография выполнялась у лиц с подозрением на ретенционные изменения верхних мочевых путей при сохраненной функции почек. Компьютерную томографию проводили пациентам с трудно верифицируемыми гнойниками или при дифференциальной диагностике с опухолями почечной паренхимы, находившимися в стадии деструкции, а также при сниженной суммарной функции почек.

Большинство очагов гнойной деструкции (30 случаев) было представлено участками распада средних размеров, большие гнойники диагностированы у 16 больных. Гигантские абсцессы встретились в 13 наблюдениях. У большинства пациентов (83,1%) гнойно-деструктивные участки носили солитарный характер. У 10 человек (16,9%) имелось множественное поражение — от 2 до 3 сегментов почки. Сформированные гнойники с наличием толстостенной (не более 5 мм) псевдокапсулы отмечены в 10 случаях. У 49 имелись несформированные гнойные полости в почечной паренхиме. Чаще гнойно-деструктивным процессом поражалась правая почка (49,1%), реже — левая (44,1%). Двустороннее поражение зарегистрировано в 3 случаях (5,1%), поражение единственной почки — в 1 (1,7%). Наиболее часто гнойники локализовались в среднем (19 — 32,2%) и нижнем (18 — 30,6%) сегментах, реже — в верхнем сегменте (11 — 18,6%). Множественные сегментарные поражения встретились в 11 случаях (18,6%). ЧПД использовали при средних, больших и гигантских абсцессах. Всего у 59 больных проведено 104 дренирования: однократно — у 36, двукратно — у 20 и трехкратно — у 3. При больших и гигантских гнойниках выполняли внутрисполостную медикаментозную санацию. Дренажи удалялись в среднем через 8,1±2,8 суток. Осложнений при проведении ЧПД не отмечено. Ранее послеоперационное осложнение выявлено у 1 пациентки (1,7%). Средняя длительность пребывания в стационаре составила 15,3±6,5 койкодня. Положительный

результат достигнут более чем в 88% случаев. В 7 случаях в силу различных причин после ЧПД пришлось прибегнуть к традиционной операции.

Таким образом, чрескожное пункционное дренирование и санация абсцессов почек под контролем ультразвукографии является высокоэффективным методом лечения и может служить альтернативой классическим хирургическим подходам.

#### **ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ**

*Д.В. Нагорный, А.Г. Филиппов, Б.В. Мазалов, О.Ф. Ковалева, Н.В. Лежсепек*

*Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)*

Мочекаменная болезнь по частоте распространения занимает второе место в структуре урологической патологии после неспецифических воспалительных заболеваний почек и мочевых путей и составляет здесь от 34 до 40%. Мочекаменная болезнь выявляется в любом возрасте, но наиболее вероятным для уролитиаза считается трудоспособный возраст – 20–50 лет. Выявлена неравномерность распространения заболевания на территории России. Так, в 2004 г. общая заболеваемость мочекаменной болезнью в Приморском крае составила 732,11, а по России – 535,80 на 100 тыс. населения.

С 2002 по 2007 г. в 1-м и 2-м урологических отделениях Городской клинической больницы № 2 было пролечено 5343 больных МКБ (2271 мужчина и 3072 женщины). Из них консервативная терапия проведена 4130 пациентам. Оперативное лечение выполнено 1213 больным: открытая уретеролитотомия – 152, люмбоскопическая уретеролитотомия – 12, контактная литотрипсия – 630 и уретеролитоэкстракция – 48.

За этот период проведено 676 уретеролитотрипсий (при этом повторные выполнены в 46 случаях). Возраст пациентов – от 21 до 84 лет (423 женщины и 207 мужчин). Размер конкрементов – от 0,6 до 2 см. В 28 случаях диа-

гностирован двусторонний литиаз. При одностороннем процессе камни чаще (62% случаев) располагались слева. Камни локализовались в верхней (96 наблюдений), средней (151 наблюдение) и нижней (352 наблюдения) третях мочеточника. Множественные камни наблюдались у 32 больных, камни мочеточника единственной почки – у 8 больных, и у 14 пациентов диагностировано уретероцеле. Уретеролитоэкстракция выполнена в 38 случаях. Несостоявшихся литотрипсий – 28. Причинами невозможности выполнения операции было сужение мочеточника, выраженная гиперплазия его слизистой оболочки с явлениями воспаления, острый угол впадения мочеточника в мочевой пузырь и фиксированный изгиб мочеточника. Из наиболее серьезных осложнений следует отметить 4 перфорации стенки мочеточника и в 1 случае отрыв слизистой оболочки.

Уретеролитотрипсия проводилась аппаратом «Лито-класт» под перидуральной анестезией или внутривенным наркозом. Для уретероскопии использовались жесткие эндоскопы фирм K. Storz и R. Wolf. За 30 мин до оперативного вмешательства с целью профилактики инфекционных осложнений вводились цефалоспорины III поколения. Больным с уретероцеле перед заведением уретероскопа производилось рассечение устья мочеточника с помощью лазерной установки «Ласка». При обнаружении камня выполнялась его фрагментация и тракция осколков экстрактором в полость мочевого пузыря. Затем выполнялась ревизия мочеточника на всем протяжении и его катетеризация сроком на 1–2 дня. В случае пионефроза или выраженной стриктуры устанавливался стент на 1 мес. Дренирование мочевого пузыря осуществлялось катетером Фолея № 14–16 (на 1–3 дня). В послеоперационном периоде назначалась инфузионная терапия, антибактериальные средства, спазмолитики и диуретики. Срок стационарного лечения больных после контактной литотрипсии был намного меньше, чем при открытых операциях. В целом эффективность контактной уретеролитотрипсии камней мочеточника составила более 90%.