УДК 61(571.63)(063)

ТЕЗИСЫ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 25-летию ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2 г. ВЛАДИВОСТОКА

В рамках праздничных мероприятий в МУЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Владивостока» 26 сентября 2003 г. состоялась юбилейная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы неотложных состояний», посвященная 25-летию стационара. В конференции приняли участие хирурги, анестезиологи-реаниматологи, травматологи, нейрохирурги, акушеры-гинекологи, терапевты, педиатры и клинические фармакологи.

Своими научными разработками и накопленным опытом поделились с коллегами практические врачи ГКБ № 2, представители академической медицинской науки университетов Владивостока, Иркутска, Сингапура. Много внимания было уделено новым медицинским технологиям в урологии, травматологии и хирургии. Учитывая профиль стационара и состав аудитории, с большим интересом был встречен доклад по вопросам интенсивной терапии острого периода тяжелой черепно-мозговой травмы. Не менее заинтересованную реакцию вызвали доклады по клиническому использованию новых фармацевтических препаратов в лечении неотложных состояний в хирургии. Обмен мнениями был полезен для установления партнерских отношений и подготовки основ для разработки будущих совместных проектов.

Ниже публикуются тезисы докладов, поданные в оргкомитет юбилейной конференции.*

Э.М. Батищев, И.Б. Прозорская, Л.Н. Ермакова, А.А. Ануфриева

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ЛИЦ АСТЕНИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ

Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Среди многочисленных методов исследования, которыми должен владеть практический врач, ведущее место справедливо принадлежит электрокардиографии (ЭКГ). Практика показывает, что врач функциональной диагностики не должен работать изолированно от врача-клинициста, без учета клинических проявлений заболевания. Пренебрежение этим может привести к неправильной интерпретации тех или иных изменений на ЭКГ. С подобной ситуацией мы и столкнулись в нашей клинике.

Больной Г., 30 лет, находился в стационаре по поводу пневмонии в нижней доле левого легкого. При поступлении пациент предъявлял жалобы, обусловленные поражением только бронхолегочной системы. Неожиданной находкой явились изменения на ЭКГ, где в V_1-V_3 комплекс QRS был представлен в виде rS, не было тенденции нарастания амплитуды зубца R, а в V_4 – QS, что было расценено врачом функциональной диагностики как рубец в области межжелудочковой перегородки и верхушки сердца вследствие перенесенного инфаркта миокарда. Повторное ЭКГ-исследование через 3 дня динамики не выявило. Более целенаправленное обследование не принесло никаких дополнительных данных, свидетельствовавших о перенесенном инфаркте либо о другой патологии со стороны сердечной мышцы. При эхокардиографии зон гипокинезии не было выявлено, размеры камер сердца и толщина стенок оказались в пределах нормы. Миокардиальные ферменты и другие биохимические показатели, имеющие причастность к поражению сердечной мышцы, также находились в пределах нормы. Учитывая отсутствие данных анамнеза, указывающих на перенесенный инфаркт миокарда, отсутствие изменений на ЭКГ и резко выраженный астенический конституциональный тип больного, было предложено изменить положения грудных электродов, переместив их на одно ребро ниже. Проведя это исследование, мы получили нормальную ЭКГ.

Таким образом, при капельном сердце у людей с астенической конституцией возможны изменения на электрокардиограммах, подобные инфарктным при регистрации отведений в классических точках. ЭКГ обладает низкой чувствительностью и специфичностью, что делает необходимым внедрение в стационарах биохимической диагностики острого коронарного синдрома (тропониновый тест).

Л.А. Белоголовых, Е.А. Борисенко, А.И. Дубиков

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Одной из актуальных проблем ревматологии остается разработка новых способов лечения ревматоидного артрита (РА), особенно при высокой клинико-лабораторной активности заболевания, когда требуется быстрое подавление воспалительного процесса, при прогрессировании эрозивных изменений в суставах и резистентности к традиционной терапии. Целью настоящей работы послужила оценка эффективности синхронной интенсивной терапии по программе комбинации плазмафереза и пульс-терапии глюкокортикостероидами и метотрексатом.

Обследовано 10 больных РА с высокой и средней степенью активности, выраженной деструкцией суставов. Длительная базисная терапия метотрексатом в дозе 7,5 мг и преднизолоном в дозе 5-15 мг оказалась малоэффективной. У 4 больных имелись системные проявления в виде пневмонита, анемии, полинейромиопатии, нефрита. Оценку эффективности терапии проводили с использованием комбинированного индекса активности Disease Activity Score (DAS) по рекомендации Европейской антиревматической лиги. Учитывалась разность исходного и итогового значений индекса. Противовоспалительный эффект также оценивали по критериям Американской коллегии ревматологов (свидетельством эффекта является уменьшение параметров более чем на 20%).

У 6 пациентов в результате лечения отмечалась выраженная положительная динамика: уменьшение более чем на 50% показателей, отражающих активность РА, отсутствие потребности в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов. Разница DAS у 6 пациентов составила от 2 до 3,25, что соответствует хорошему

* Тезисы размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора.

эффекту. У 4 пациентов с системными проявлениями РА запротоколировано 60%-ное улучшение по критериям Американской коллегии ревматологов. Разница DAS составила 2,5-3,2. В одном случае терапия осложнилось стоматитом и энтероколитом, что потребовало отмены лечения.

Таким образом, клинический эффект синхронной интенсивной терапии на уровне 50-70% и более по критериям Американской коллегии ревматологов (разница DAS от 2 до 3,25) соответствует хорошему противовоспалительному воздействию. Применение этого вида терапии показано и эффективно у пациентов с РА высокой степени активности, висцеральными проявлениями и резистентности к традиционной базисной терапии.

Г.М. Бобков, Р.С. Глинский

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Владивостокский государственный медицинский университет, Приморская краевая клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

В клинике терапевтической стоматологии более 50% рабочего времени затрачивается на лечение пульпитов и периодонтитов. Анализ результатов лечения этих заболеваний многокорневых зубов показал, что очень часто оно бывает неэффективным. Сравнительный анализ полноты пломбирования корневых каналов выявил отсутствие сдвигов за последние 10 лет. Так, по нашим данным, в 2001 г. из 72 многокорневых зубов с воспаленной пульпой полная облитерация каналов составила около 10% наблюдений, а в зубах, леченных по поводу периодонтитов, некачественное заполнение корневых каналов достигло 91%. В 2001 г. эти показатели оказались соответственно 10,3 и 92,4%. Вряд ли можно ожидать улучшения и в ближайшие годы, так как работа терапевта-стоматолога в основном оценивается по количеству вылеченных зубов, а потребность в этом виде стоматологической помощи не уменьшается. Следует отметить, что гранулематозные и гранулирующие периодонтиты сенсибилизируют организм больного, так как являются источником тканевых аутоаллергенов. У соматических больных с иммунодефицитом такие формы периодонтитов значительно отягощают течение основного заболевания.

По нашему мнению, сократить число очагов одонтогенной инфекции призваны как качественное эндодонтическое лечение, так и хирургические методы (резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция). По данным челюстно-лицевого отделения положительные результаты резекции верхушки корня многокорневых зубов составляют 98,4% наблюдений,что согласуются с данными литературы.

Ю.И. Гайнуллина, Е.В. Елисеева

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ И КРАТКОВРЕМЕННОЙ АВТОРИЗАЦИИ НА СТРУКТУРУ ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Центральная городская больница (г. Большой Камень), Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Расходы на лекарственные средства из группы антибактериальных препаратов составляют значительную часть в структуре расходов стационара. С целью оптимизации управленческих решений при работе с формуляром проведен анализ эффективности образовательных программ и программ авторизации на потребление антибиотиков. Формулярная система в ЦГБ Большого Камня действует с 2002 г., а с марта 2003 г. фактически действует система авторизации при назначении ряда препаратов. ABC-VEN-анализ антибактериальной терапии был выполнен на основании требований, поступавших в аптеку, за февраль 2002 г., февраль и май 2003 г. Все назначения производились только по требованию лечащих врачей, больные препараты не приобретали.

В структуре расходов на лекарственное обеспечение в 2002 г. антибактериальные препараты составляли 20,2%. Десятка наиболее затратных препаратов выглядела так: амоксициллин-клавуланат, цефазолин, ванкомицин, имипенем, цефотаксим, амикацин, ампициллин, цефтриаксон, ципрофлоксацин, амоксициллин таблетированный. Кумулятивный показатель – 86,59%. В феврале 2003 г. затраты на антибактериальную терапию в структуре расходов составили 27,91%. В «десятку лидеров» по стоимости вошли цефтриаксон, амоксициллин-клавуланат, цефазолин, метронидазол, цефтазидим, пефлоксацин, цефотаксим, цефуроксим, ванкомицин, ципрофлоксацин. Кумулятивный показатель – 83,04%.

В 2002 г. доля антибактериальные препаратов в структуре жизненно важных лекарств составила 41%, в феврале 2003 г. – 38,9%. В абсолютных цифрах произошло снижение затрат на антибактериальную терапию на 24,16%. Однако неконтролируемое назначение антибактериальных препаратов из группы резерва потребовало внедрения программы авторизации. Через два месяца после начала авторизации (март 2003 г.) произошло снижение потребления антибактериальных препаратов на 16% от уровня февраля 2003 г. Список десяти наиболее затратных препаратов: пефлоксацин, амикацин, амоксициллин-клавуланат, ампициллин, цефазолин, эритромицин, ципрофлоксацин, левофлоксацин, флуконазол, цефотаксим.

Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы. 1. Введение образовательных программ в области антибактериальной терапии позволяет снизить затраты на антибактериальную терапию почти на 25%. 2. Отмечено уменьшение назначений антибиотиков из группы резерва в отделениях нехирургического профиля. 3. Программы авторизации имеют более быструю и эффективную экономическую отдачу, чем образовательные программы в области антибактериальной терапии.

С.И. Галактионова, О.В. Лисаковская, М.Г. Славина.

ТЕХНОЛОГИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ПРОБЛЕМЫ ЕЕ ВНЕДРЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Исследование организационных и социально-экономических условий эффективного использования финансов, выделяемых на закупку лекарственных средств и расходных материалов медицинского назначения из местных бюджетов и фондов ОМС, имеет большое практическое значение. Сегодня учет лекарственных средств

не соответствует современным требованиям и ведется согласно «Инструкции по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в ЛПУ здравоохранения, состоящих на государственном бюджете СССР» от 2 июня 1987 г. Предметно-количественному учету подлежат лишь наркотические, психотропные препараты и перевязочные средства. Однако и эти группы списываются сразу после выдачи в отделения. Сегодня трудно ответить, какой удельный вес в медикаментозной терапии занимают средства пациента, что наиболее важно при возникновении страховых случаев ДМС, насколько оправданно и эффективно то или иное назначение, какова динамика использования лекарств и множество других актуальных вопросов. Решить эту проблему средствами существующего «бумажно-ручного» учета невозможно. Основные задачи методологии персонифицированного учета могут быть реализованы только с использованием современных информационных технологий. Основополагающими принципами при внедрении такого рода учета являются: 1) персонификация учета затрат в ходе лечебно-диагностических мероприятий как объективная информационная обратная связь в ходе финансирования ЛПУ, 2) персонификация выполненных работ как основа формирования механизма экономической заинтересованности в результатах труда, 3) вовлечение в процесс работы с программно-информационными средствами всех категорий работников медицинского учреждения, 4) ориентация в основном на электронные формы хранения, передачи и анализа информации как гарантии быстрой и поддающейся проверке правильности и точности отчетных материалов.

В состав внутрибольничной информационной сети должны быть включены следующие подсистемы: 1. «Аптечное отделение», предназначенное для автоматизации управления, контроля и учета движения медикаментов и расходных материалов на уровне всего ЛПУ. Данная подсистема обеспечивает формирование и корректировку номенклатуры лекарств, регистрацию поставок и формирование расходных требований, контроль за их движением не только в количественном, но и в стоимостном выражении, списание лекарств по различным причинам, контроль срока годности препаратов в отделениях, анализ обеспеченности лекарственными средствами и прогнозирование дальнейших затрат, формирование заявки на лекарства по данным фактического расхода, а не по абстрактным расчетным данным, поставляемым вышестоящими инстанциями. 2. «Приемное отделение» должно обеспечивать ввод и обработку идентификационной информации при госпитализации. 3. Подсистема «Клиническое отделение» – основная структура программного обеспечения, выполняющая функции назначения медикаментов, обеспечения их необходимого запаса в отделении, сбора и систематизации данных о состоянии больного, учета и обработки информации о собственных медикаментах пациента, формирование сводных расходных документов на лекарственные средства.

Внедрение программы позволит определить фактические затраты ЛПУ и его подразделений на медикаментозное лечение в количественном и стоимостном выражении, стоимость койко-дня, что должно привести в будущем к пересмотру тарифов на лекарственное обеспечение.

Невозможно оценить эффективность использования всех лекарственных препаратов, используемых ЛПУ. В связи с этим возникает задача определения групп препаратов, увеличение применения которых может дать наибольший клинический и экономический эффект. Данная задача может быть решена анализом использования медикаментов больными, пролеченными в ЛПУ за определенный период, что поможет выявить наиболее и наименее часто применяемые лекарственные группы. Эти данные характеризуют интенсивность использования и позволяют целенаправленно проводить управление поступлением и расходованием лекарств.

Выборочная внутрибольничная экспертиза качества фармакотерапии за 2002 г. показала, что в 15% случаев присутствовали различные ошибки при назначении медикаментов. Кроме того, более чем в половине наблюдений была выявлена полипрагмазия. Технология персонифицированного учета дает возможность отобрать случаи для проведения дальнейшей экспертизы качества медицинской помощи и своевременно исправить ошибку. Данные позволяют не только косвенно судить об эффективности назначенной терапии, но и ставить вопрос об обоснованности госпитализации.

Введение в ЛПУ персонифицированного учета лекарственных средств как инновационного метода имеет свои трудности. Исключая общеизвестные проблемы крайней недостаточности материально-технической базы и соответствующего кадрового потенциала, медицинские работники психологически не готовы к полному предметно-количественному учету, при работе с программным обеспечением необходимы определенные навыки работы с компьютером, введение новой формы учета требует дополнительных затрат времени от каждого работника. В то же время экономическая заинтересованность во внедрении проекта отсутствует. Однако персонифицированный учет в ЛПУ – назревшая необходимость. Данный метод учета должен быть внедрен силовым административным методом в связи с принципиальными изменениями, произошедшими в последние годы в экономике и управлении здравоохранением.

И.Э. Гришина, И.Р. Северянина

РЕВМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Проблема поражения опорно-двигательного аппарата при патологии щитовидной железы имеет большое значение, так как при адекватной и длительной компенсации эндокринных расстройств изменения со стороны костей и суставов способны частично или полностью регрессировать.

За 2001-2002 гг. в ревматологическом отделении ГКБ № 2 обследованы 64 пациента с гипотиреозом (60 женщин и 4 мужчины в возрасте 50-55 лет). Чаще всего у них развивались миопатии и артропатии. У 55-60% больных выявлена гипотиреоидная миопатия, проявляющаяся мышечной слабостью, миалгиями, снижением мышечной силы без видимой атрофии, псевдогипертрофия мышц за счет пропитывания мукопротеинами. Чаще поражались проксимальные отделы конечностей. У 20-25% больных отмечена гипотиреоидная артропатия, проявлявшаяся болью в суставах, припуханием мягких тканей, вплоть до появления невоспалительного выпота в полости сустава. Чаще поражались коленные, голеностопные, мелкие суставы рук. Рентгенологически определялся околосуставной остеопороз.

Таким образом, ревматические маски при поражении щитовидной железы – нередкое явление. При подозрении на гипотиреоз дальнейшие вопросы диагностики и лечения должны решаться совместно с эндокринологом, так как при лечении тиреоидными гормонами выраженность мио- и артропатий убывает параллельно с признаками гипотиреоза.

А.И. Дубиков

НАУЧНООБОСНОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА: ОПЫТ ПОСТРОЕНИЯ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ–БОЛЬНОЙ»

Американский международный союз здравоохранения (г. Москва), Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

В рамках проектов Американского международного союза здравоохранения внедрение принципов научно-обоснованной медицинской практики (НОМП) в повседневную деятельность российского врача осуществляется с 1997 г. Одним из важнейших направлений является создание стратегии сотрудничества между врачом и больным на основе НОМП, поскольку становится очевидным, что дальнейшее развитие национальных систем здравоохранения зависит от того, насколько они отвечают ожиданиям пациента. НОМП признана основой качественной клинической практики. Вместе с тем существует конфликт между популяционно-ориентированными исследованиями и общей практикой, ориентированной на конкретного пациента. Решение данной проблемы заключается в максимальном вовлечении пациента в процесс принятия решений. Результатом первого этапа исследований явилось создание протокола информированного согласия (ПИС) между врачом и пациентом. Внедрение последнего, позволило снизить процент больных, не чувствующих себя вовлеченными в процесс принятия решений, с 30 в 1999-м до 12 в 2002 г. Показательна динамика функционального статуса (Health Assessment Questionnaire): улучшение этого показателя на 65% в основной группе (с использованием ПИС) и 35% – в контрольной группе. Выявлено достоверное положительное влияние протокола в виде улучшения контроля болевого синдрома, уменьшения функциональных и психологических ограничений, ускорения регресса патологической симптоматики. Следующим шагом должен стать научно-обоснованный выбор пациентом предлагаемых альтернатив в лечении и диагностике, определяемый как возможность узнать все положительные и отрицательные стороны предполагаемых действий. При этом больному отводится ключевая роль в принятии решения. Такой подход потребует достоверной информационной базы, ориентированной на пациента. К сожалению, имеющиеся сегодня информационные ресурсы ориентированы, прежде всего, на врачей и медицинских сестер. Необходимо создание модулей, которые явились бы основой для принятия решений пациентом и содержали в себе такие основные элементы, как определение заболевания, возможные действия и альтернативы, положительные и отрицательные последствия каждого из возможных направлений действий. Такие модули должны дополнить систематические обзоры и другие ключевые достижения современных медицинских информационных технологий.

А.В. Евсеев, В.М. Шакин, М.Е. Лозинский

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Проанализировано 76 историй болезни пациентов в возрасте от 16 до 60 лет, страдавших геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), находившихся на лечении в отделение гемодиализа ГКБ № 2 с 1996 по 2003 г. (68 мужчин и 8 женщин). Достоверный контакт с грызунами отмечали 56 человек (73,6 %). Однако все пациенты накануне заболевания находились в местности, где нельзя исключить обитание грызунов, а в 8 % случаев зарегистрировано употребление сырой воды из открытых источников. Длительность инкубационного периода удалось проследить только в половине наблюдений – она составила 2-4 недели. В большинстве случаев заболевание начиналось остро, с симптомов, характерных для ГЛПС. У 65 пациентов наблюдалось развитие острой почечной недостаточности с четкой периодичностью в течении. В 11 случаях периодичность отсутствовала, а в 4 зарегистрирована только олигурия. 18 больным с почечной недостаточностью гемодиализы не проводились ввиду относительно благоприятного течения заболевания. Во всех остальных 54 случаях потребовалось от 1 до 5 сеансов гемодиализа.

Тяжелое течение ГЛПС сопровождалось осложнениями у 18 больных: геморрагический синдром с кровотечением из желудочно-кишечного тракта (5), легочным кровотечением (1), нагноением подкожной гематомы (1). В 7 случаях развился инфекционно-токсический шок. Тяжесть ГЛПС в ряде случаев усугублялась сопутствующими заболеваниями: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (5), хронический гастродуоденит (2), сахарный диабет (1). 73 больных были выписаны в удовлетворительном состоянии, в 3 случаях наступила смерть.

Е.В. Евтушевская, А.И. Дубиков, Т.А. Кабанцева

ПРОБЛЕМА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА В ПРАКТИКЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

В аллергологическом кабинете ГКБ № 2 обследовано и пролечено 17 больных аллергическим васкулитом. У 12 человек удалось установить этиологию процесса: фокальная инфекция (2), хроническая общая инфекция (3), лекарственный фактор (7). Наиболее типичным для клиники являлся кожный синдром. Обращал на себя внимание полиморфизм высыпаний, что значительно затрудняло диагностику процесса на раннем этапе. Характерным являлось первичное или преимущественное расположение сыпи симметрично на нижних конечностях. Число и размер высыпаний заметно увеличивалось после ортостатической нагрузки. При этом отмечалось, как правило, отсутствие выраженных субъективных ощущений. Острое течение аллергического васкулита было выявлено у 13 больных, в 3 случаях имелась хроническая форма с волнообразным течением. Общевоспалительные симптомы (субфебрилитет, общее недомогание, головные боли и др.) отмечены у 6 пациентов.

У 4 больных выявлены нормохромная анемия, умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, ускоренное СОЭ, в моче у 3 человек определялась эпизодическая протеинурия, эритроцитурия. В ходе проводимой терапии в 13 случаях удалось достигнуть полного клинического выздоровления, в 3 – отмечались рецидивы аллергического характера, связанные с повторным контактом с аллергеном, в 1 – течение заболевания приобрело волнообразный характер.

Таким образом, с течением времени проблема аллергического лекарственного поражения сосудов кожи приобретает все большую актуальность в силу частого и широкого использования медикаментозной терапии, роста сосудистых заболеваний кожи, недостаточной разработанности методов борьбы с данной патологией, а зачастую и отсутствия должного внимания к данной патологии со стороны самого пациента и его лечащего врача.

Е.В. Елисеева, И.И. Шмыкова

АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

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

Для определения долевой структуры возбудителей раневой инфекции проанализированы 180 результатов бактериологического исследования материала из послеоперационных ран в травматологических отделениях ГКБ № 2. На долю стафилококковой инфекции пришлось 65% положительных результатов. На синегнойную палочку пришлось 10-13% высевов, за исключением 2-го отделения, где о ее наличии свидетельствовал каждый третий результат. В единичных случаях обнаружены *P. mirabilis*, *Enterobacter cloacae* и *Acinetobacter*. Принципиальных различий по чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам в различных отделениях не выявлено.

Согласно протоколам антибактериальной терапии наиболее часто назначаемым препаратом в травматологических отделениях явился цефазолин. На втором месте оказался гентамицин. Данный препарат, к сожалению, повсеместно и широко применялся без должных на то оснований почти в половине наблюдений. На третьем месте традиционно располагался линкомицин, к числу достоинств которого относится хорошее проникновение в костную ткань. Однако сегодня в арсенале врача имеются препараты, не уступающие по данному показателю линкомицину (цефалоспорины, фторхинолины) и превосходящие его по антистафилококковой активности (оксациллин). Таким образом, в современных условиях для стартовой эмпирической терапии послеоперационных раневых инфекций предпочтение следует отдавать цефазолину, а в качестве альтернативных препаратов могут рассматриваться цефуроксим, амоксициллин (клавуланат) и ампициллин (сульбактам).

О.А Зинковская, А.И. Дубиков, О.А. Любарская

ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – НОВАЯ МИШЕНЬ ДЛЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Ревматодный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний человека, частота которого в популяции достигает 1%. Заболевание характеризуется высокой инвалидностью (70%), 5-летняя выживаемость больных РА при тяжелом течении и висцеральных проявлениях не превышает 50%.

Одно из наиболее ярких достижений в фармакотерапии воспалительных заболеваний конца XX века связано с разработкой принципиально новой группы лекарственных средств, которые получили название «биологические агенты». В настоящее время к ним относятся несколько полученных биотехнологическим путем препаратов: моноклональные антитела против «провоспалительных» цитокинов (интерлейкин-1 и фактор некроза опухоли α). В 2001 г. в нашей стране зарегистрирован инфликсимаб (ремикейд) – препарат нового поколения компании Johnson & Johnson, представляющий собой моноклональные антитела к фактору некроза опухоли α. Целью настоящей работы явилось отражение опыта применения ремикейда у больных РА в ревматологическом центре г. Владивостока.

С мая 2001 г. лечение ремикейдом проведено 5 больным (3 женщины и 2 мужчин в возрасте от 25 до 64 лет) с активным, плохо поддававшимся терапии РА. Средняя продолжительность заболевания составила 8 лет. Двое больных имели функциональную недостаточность суставов 3-го класса. Пациенты получали препарат в дозе 3 мг/кг внутривенно на 0, 2 и 6 неделях, затем следовало дополнительное введение каждые 8 недель. Лечение ремикейдом проводилось одновременно с назначением низких доз метотрексата. Эффект оценивался согласно критериям ответа на лечение Американской коллегии ревматологов (ACR). Промежуточный анализ данных на сроке от 10 до 40 недель показал, что ответ на ремикейд был быстрым, улучшение по сравнению с метотрексатом наблюдалось уже через 2 недели. Через 6 недель все больные достигли ACR 50-ответа, что демонстрировало быстрое начало действия препарата. Введение ремикейда хорошо переносилось всеми больными за исключением одной пациентки, у которой развилась острая трансфузионная реакция во время четвертой инфузии. Реакция проявлялась умеренно выраженным снижением артериального давления и была купирована временным прерыванием инфузии и введением кортикостероидов. Инфекционных осложнений не наблюдалось. Четверо пациентов продолжают лечение по заданной схеме. У всех больных сохраняется положительный эффект, достигающий к 30-й неделе АКР 50-ответа по количеству припухших и болезненных суставов, а также по другим показателям активности заболевания.

Т.А. Кабанцева, Е.В. Евтушевская

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Впервые развившийся у взрослых нефротический синдром является показанием к массивной терапии глюкокортикоидами и цитостатиками, но прежде чем ее назначить, необходимо выяснить причину синдрома, чтобы определить показания и противопоказания к лечению, рассчитать дозы и сочетания препаратов.

Изучены истории болезней нефрологических больных за 2002 г. Всего пролечено 34 человека с впервые выявленным нефротическим синдромом. У 18 был выставлен диагноз нефротического и смешанного вариантов идиопатического гломерулонефрита. В 16 случаях причиной нефротического синдрома были другие заболевания (HSB- и HCV-инфекции, миеломная болезнь), в 2 – нефротический синдром предшествовал развитию злокачественной опухоли, еще в 1 случае был впервые выявлен сахарный диабет II типа с диабетической нефропатией и в 2 – лекарственная нефропатия. У 4 человек диагностированы системные заболевания соединительной ткани, в рамках которых и протекал гломерулонефрит (системная красная волчанка, болезнь Шенлейн-Геноха, микроскопический полиартериит).

Ж.А. Кисенкова, Ж.В. Юн

ОПЫТ СОЗДАНИЯ КАБИНЕТА САНИТАРНОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ ХИРУРГИИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Целью организации сестринского ухода в операционном блоке являются два важных направления – профилактика послеоперационных осложнений, связанных с развитием гнойно-септических инфекций, и обеспечение психологического комфорта перед предстоящим оперативным вмешательством. С целью улучшения качества сестринского ухода в операционном блоке хирургии был организован кабинет санитарной подготовки больных.

Для организации работы кабинета под руководством госпитального эпидемиолога и с помощью учебного центра медсестер была разработана инструкция по предоперационной подготовке плановых, срочных и экстренных больных, которая была утверждена главным врачом и согласована с ЦГСЭН. Негативное отношение со стороны некоторых медицинских работников, с которым сотрудники операционного блока хирургии столкнулись в первые месяцы работы, было связано в основном с нарушением режима их работы и непониманием необходимости введения таких мер профилактики. Санитарам и медицинским сестрам следует придерживаться четкого времени подачи пациента сначала в кабинет санитарной подготовки, а затем в операционную таким образом, чтобы не задерживать операционную бригаду. Схема подачи плановых больных была согласована со старшими сестрами и заведующими отделениями.

В процессе организации кабинета самым сложным было изыскать дополнительные площади, средства и штатную единицу. Требования к организуемому кабинету должны были соответствовать требованиям, предъявляемым к перевязочному кабинету. Все эти условия были выполнены при поддержке администрации больницы, выделившей необходимые средства. Введение таких профилактических мер с целью предотвращения послеоперационных гнойно-септических инфекций не требует больших финансовых затрат, что очень важно в условиях ограниченного финансирования.

Е.П. Костив, А.В. Череповский, В.В. Аксенов, Р.Е. Костив, О.В. Протопопов

ПЕРЕЛОМЫ ПЛАТО БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Несмотря на внедрение высоких технологий в хирургию повреждений крупных суставов, актуальность проблемы лечения переломов проксимального отдела большеберцовой кости не снижается. В нашей клинике с 1997 по 2000 г. находились 79 больных (48 мужчин, 31 женщина) с переломами плато большеберцовой кости в возрасте от 17 до 78 лет. Для лиц молодого возраста (25-35 лет) были характерны высокоэнергетические травмы (переломы типа С.3), у больных старше 60 лет отмечены переломы с различного рода вдавлениями суставной поверхности мыщелков большеберцовой кости (тип В), что, на наш взгляд, связано с остеопорозом.

В подавляющем большинстве наблюдений переломы плато сочетались с повреждением связок и менисков. Степень повреждения связочного аппарата напрямую зависела от степени тяжести разрушения мыщелков большеберцовой кости и была максимальной при переломах типа С. В подавляющем большинстве случаев (53,2%) встретились переломы наружного мыщелка большеберцовой кости: тип В.1 – 13, В.2 – 5 и В.3 – 24 больных. У 17 человек отмечены переломы внутреннего мыщелка: тип В.1 – 5, В.2 – 5, и В.3 – 7 больных. 20 человек получили высокоэнергетическую травму, у них были диагностированы переломы обоих мыщелков большеберцовой кости: тип С.1 – 9, С.2 – 5, С.3 – 6 случаев. В 2 наблюдениях переломы были открытыми.

При лечении данной категории больных основной целью ставили восстановление конгруэнтности суставной поверхности и ее соответствия продольной оси конечности, а также создание адекватной опоры для сохранения полученной репозиции. В достижении этой цели важную роль играла костная пластика. Возникающие после репозиции дефекты костной ткани требовали заполнения, иначе возникали условия для вторичных смещений. В зависимости от величины дефекта использовались губчатый или кортикально-губчатый костный аутотрансплантаты. Трансплантат забирали из крыла подвздошной кости, оставляя часть гребня и наружную кортикальную пластинку интактными.

При оперативной фиксации переломов мыщелков большеберцовой кости использовали компрессирующие спонгиозные винты, поддерживающие L- и Т-образные пластины, а также внеочаговый остеосинтез по Илизарову. Во всех случаях исследовали состояние менисков, связок с непременным условием их восстановления. Паракапсулярные повреждения менисков ушивались рассасывающейся нитью, а связки – капроном.

Отдаленные результаты изучены у 68 человек (86%). Осложнения были представлены тромбофлебитом глубоких вен нижней конечности(2), ограничением движений более чем на 30° (1), смещением оси конечности более чем на 5° (3). Результаты лечения были оценены как отличные у 19 (27,9%), как хорошие – у 33 (48,5%) и как удовлетворительные – у 16 больных (23,5%), Наилучшие результаты достигнуты при переломах типа В.1 и С.1.

Е.Ю. Лозинский, Е.В. Елисеева

ОШИБКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

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

«Прежде всего, не вреди». Это изречение Гиппократа узнает каждый врач еще на студенческой скамье. Но всегда ли врачи вспоминают эту заповедь, назначая сильнодействующие лекарства или оперативные вмешательства? В медицине существует много методов лечения, балансирующих на тонкой грани между полезностью и опасностью для больного. Это химиотерапия опухоли, лечение потенциально токсичными антибиотиками и др. У части пациентов, получающих медикаменты, наряду с положительным эффектом развиваются и побочные явления. Их можно и нужно предвидеть и уметь предотвращать. Ну, а если нежелательные эффекты возникают от ошибочных или вообще ненужных назначений, от неправильной дозы или от неправильного введения препарата? Некоторые лекарства имеют похожие названия или упаковки: клофелин и эуфиллин, индап и энап и др.

В медицинской литературе под врачебной ошибкой понимают действия врача, в основе которых лежат несовершенство современной медицинской науки, объективные трудности, низкая квалификация врача. По мнению Н.В. Эльштейна, нередкой причиной врачебной ошибки служит бездействие. Причины действия или бездействия могут быть одни и те же. Определяющим признаком ошибки является невозможность для данного врача предусмотреть и предупредить ее последствия. Поэтому если какое-либо осложнение признано врачебной ошибкой, то последняя в уголовном порядке не наказуема в большинстве случаев.

Для иллюстрации приводим результаты анализа врачебных ошибок в США, опубликованные в журнале HealthScoutNews Reporter (2002). Ежегодно в США умирают от 44 000 до 98 000 больных вследствие врачебных ошибок. Но лишь 5% врачей и 6% пациентов считают врачебные ошибки серьезной проблемой. В результате опроса 831 практического врача и 1207 пациентов 35% врачей и 42% пациентов сообщили об имевших место врачебных ошибках. 18% врачей и 24% пациентов отметили тяжелые последствия врачебных ошибок, включая летальные исходы (7% врачей и 10% пациентов). Никто из опрошенных не считал врачебные ошибки неотложной проблемой здравоохранения. Приведенные цифры делают необходимым не только регистрацию врачебных ошибок в лечебных учреждениях, но и разработку путей предупреждения и своевременного устранения их последствий.

Е.Ю. Лозинский, В.М. Шакин, М.Е. Лозинский

О ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЧЕК

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

Многочисленные исследования последних лет показали, что 30% случаев неолигурической острой почечной недостаточности связаны с приемом лекарственных средств. В патогенезе ренальных повреждений различают токсическое воздействие лекарств на ферменты эпителия проксимальных канальцев нефрона, иммунное воспаление гломерул, интерстиция и сосудов, снижение почечной гемодинамики. В итоге развивается канальцевый некроз с клиникой острой почечной недостаточности, реже формируется острый интерстициальный нефрит, в патогенезе которого играют роль клеточные иммунные механизмы. Острые лекарственные поражения почек включают сосочковые некрозы при длительном приеме анальгетических средств, нарушения гемодинамики вследствие гиповолемии при лечении гипотензивными препаратами или диуретиками.

Особое место среди лекарственных поражений почек занимает анальгетическая нефропатия, морфологической основой которой являются хронический интерстициальный нефрит, сосочковые некрозы, капиллярный склероз. Иногда отчетливо видно коричневое окрашивание почечной паренхимы и слизистой оболочки мочевых путей. Такая морфологическая картина обычно наблюдается при длительном приеме больших доз анальгетиков.

Е.Ю. Лозинский, И.И. Шмыкова, Л.М. Лозинская

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК

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

Под врачебной ошибкой понимают неправильное действие врача, в основе которого лежат несовершенство медицинской науки, объективные условия или недостаточная квалификация специалиста. Из всех разделов внутренних болезней нефрология наименее оснащена объективными методами диагностики и верификации диагноза. Так, классификация гломерулонефритов Е.И. Тареева, до сих пор широко применяющаяся в терапии и нефрологии, разделяет все первичные хронические нефриты на 5 клинических вариантов. Их диагностическими критериями служат данные расспроса больного, наличие нефритического или нефротического синдрома, гематурии, полиурии и пр. С другой стороны, в современной нефрологической клинике наиболее объективными для диагноза гломерулонефрита являются морфологические критерии. Очевидно, что клинические симптомы и синдромы лишь относительно характерны для морфологических типов нефропатий, следовательно, во многих нефрологических диагнозах содержатся добросовестные ошибки.

Для более обоснованной диагностики острого гломерулонефрита Б.И. Шулутко предложил клинико-лабораторные критерии диагноза ОГН: предшествующая стрептококковая инфекция, развитие олигонурии не менее чем через 2 недели после ангины, отсутствие анемии, нарастание титра АСЛ в динамике, снижение С3-фракции комплемента и гипостенурия не ниже 1,015.

Проанализированы истории болезни 104 человек, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГКБ № 2 Владивостока. В 9 случаях был установлен диагноз «Острый гломерулонефрит». При сравнении результатов исследования больных с вышеуказанными диагностическими критериями оказалось, что лишь у 2 пациентов диагноз был установлен обоснованно. По нашему мнению, в данном случае допущена добросовестная ошибка, так как нефробиопсия – наиболее достоверный метод диагностики иммунных нефропатий – технически сложен и не применяется в клиниках Приморского края.

В.Б. Лузянин, В.И. Савченко, С.Н. Колчанов, Л.С. Филипченков, А.Ф. Волков, М.Ф. Фадеев

КОСТНАЯ АУТОПЛАСТИКА ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

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

Целью настоящего сообщения явилась оценка эффективности лечения больных с диафизарными переломами костей голени и наличием дефектов большеберцовой кости, которым выполнялась костная аутопластика. Проведен анализ лечения 11 больных в возрасте от 26 до 52 лет. В 5 случаях имелись открытые переломы и в 6 – закрытые. Локализация переломов – средняя и нижняя трети голени с переходом на дистальный метаэпифиз. Во всех случаях помимо перелома большеберцовой имелся перелом малоберцовой кости на одном уровне, по характеру переломы были многооскольчатые и вколоченные. В 3 наблюдениях имелась потеря костных фрагментов на месте травмы. Накладывалась система скелетного вытяжения с целью временной стабилизации костных фрагментов, при открытых переломах производилась первичная хирургическая обработка ран. В последующем всем больным выполнялись открытая репозиция, адаптация костных фрагментов. Кортикальные осколки, лишенные кровоснабжения и имевшие признаки нежизнеспособности, удалялись, по размерам сформировавшегося дефекта из крыла подвздошной кости формировался костный аутотрансплантат. После заполнения зоны дефекта аутотрансплантатом выполнялся остеосинтез большеберцовой кости пластиной. Крупные трансплантаты по возможности фиксировались винтами. В обязательном порядке производилось вакуумное дренирование от 2 до 6 суток. У 5 больных для повышения стабильности фиксации зоны перелома большеберцовой кости выполнялась дополнительная фиксация малоберцовой кости пластиной и винтами, у 6 больных – только остеосинтез большеберцовой кости. Дополнительная гипсовая иммобилизация не проводилась. В послеоперационном периоде больным назначалась лечебная гимнастика, включающая дозированную осевую нагрузку с контролируемой тензометрией. В группе больных, которым производился остеосинтез обеих костей голени, отмечено более раннее купирование болей и отека. Полная осевая нагрузка на оперированную конечность достигалась к 8-10 неделям, и с этого момента они начинали пользоваться тростью, полностью нагружая поврежденную голень. У больных контрольной группы дольше сохранялся отек, полную осевую нагрузку на оперированную конечность они могли выполнять к 12-14-й неделе. Во всех случаях получены положительные клинические и рентгенологические результаты, контрактур и тугоподвижности суставов у больных не наблюдалось.

Таким образом, костная аутопластика дефектов большеберцовой кости при ее остеосинтезе в сочетании с фиксацией поврежденной малоберцовой кости за счет ее шинирующе-опорной функции в значительной степени повышает стабильность всего сегмента голени, что в конечном итоге приводит к сокращению сроков лечения и нетрудоспособности на 2-4 недели.

О.А. Любарская, О.А. Зинковская

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «ЦЕЛЬ-Т» И «АЛЬФЛУТОП» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Большая распространенность заболеваний периартикулярных тканей, длительная продолжительность болевого синдрома требуют поиска новых путей коррекции этой патологии. Изучена сравнительная эффективность препаратов «Цель-Т» (Heel, Германия) и «Альфлутоп» (Rompharm, Румыния) при лечении больных с плече-лопаточным периартритом. Оба препарата обладают противовоспалительным и хондропротективным свойствами, активизируют процессы регенерации в околосуставных мягких тканях.

Наблюдались две группы больных по 20 человек в возрасте 45-47 лет, которым проводились периартикулярные и внутрисуставные введения препаратов в количестве 10-15 инъекций на курс, в течение 30 дней. Все пациенты получали нестероидные противовоспалительные препараты. Оценка эффективности проводилась по визуальной аналоговой шкале. У всех больных, получавших лечение, отмечен положительный результат. У 30 пациентов болевой синдром исчез на 12-е сутки, у 8 пациентов – на 17-е сутки, а у 2 пациентов он значительно уменьшился. Побочных эффектов не наблюдали. Лучшие результаты были получены при использовании препарата «Цель-Т», который быстро снимал болевой синдром. Альфлутоп тоже оказывал положительный эффект, но болевой синдром при его применении держался более длительно.

В.М. Нагорный, Б.В. Мазалов, Т.В. Крапивная, Н.Н. Калитин, О.Ф. Ковалева, С.Н. Анцупов

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ

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

Несмотря на определенный успех в лечении посттравматических пузырно-влагалищных свищей, частота их рецидивов остается высокой. Проанализирован десятилетний опыт лечения пузырно-влагалищных свищей по материалам клиники урологии с 1993 по 2003 г. С 1993 по 1998 г. закрытие свищей выполнялось через 4-6 месяцев после их формирования, а с 1998 г. больные с пузырно-влагалищными свищами оперируются через 4-6 недель с момента образования свища. Всего прооперирована 31 женщина в возрасте от 16 до 55 лет. Длительность существования свища у них была от 1 года до 6 лет. Длительность заболевания до 1 года зарегистрирована у 3, от 1 года до 2 лет – у 4 и от 2 до 6 лет – у 2 больных. При операциях встретились следующие трудности, влиявшие на исход: большая глубина, недостаточность операционного поля, распространенность дефекта мочевого пузыря, множество предшествующих операций, близость краев дефекта к устьям мочеточников, массивные рубцы в этой области, инфильтрация краев свища, воспаление наружных половых органов. С накоплением опыта размерам свища не придавали решающего значения. Ушивание выполнялось хромированным кетгутом чрезпузырным доступом. Из 9 оперированных женщин у 7 наступило выздоровление с полным удержанием мочи, у 2 – рецидив свища с последующим закрытием оперативным путем и выздоровлением. Надлобковый дренаж удаляли на 18-20-й день. Самопроизвольное мочеиспускание восстанавливалось на 21-22-й день.

Мы попытались изменить сроки лечения больных с пузырно-влагалищными свищами. Начиная с 1998 г. выполнены пластические операции через 4-6 недель после образования свища у 13 пациенток. Закрытие свища в 10 случаях выполнено чрезпузырным доступом, в 2 – через влагалище. Все оперированные выписаны с восстановленным самостоятельным мочеиспусканием. Оценивая возможности трансвезикальной фистулопластики, выполненной через 4-6 недель после образования свища, следует отметить более раннюю реабилитацию больных по сравнению с общепринятыми сроками ушивания свища через 4-6 месяцев. Лечение пациенток укладывается в сроки от момента гинекологической операции в 2,5-3 месяца. При операциях через 4-6 месяцев эти сроки увеличивались вдвое.

Д.В. Нагорный, В.М. Нагорный, А.Г. Филиппов, Б.В. Мазалов

КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА

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

Лечение камней мочеточников является актуальной проблемой в урологии. У большинства пациентов конкременты выявляются в наиболее трудоспособном возрасте – в 30-50 лет. Конкременты мочеточников опасны развитием постренальной анурии и пиелонефрита. У пациентов, страдающих нефролитиазом, снижается работоспособность, ухудшается качество жизни.

В ГКБ № 2 Владивостока с января 2002 г. в лечении камней мочеточников внедрен метод контактной литотрипсии. Произведен анализ историй болезни 74 больных в возрасте от 23 до 70 лет. У 65 пациентов конкременты располагались в тазовом отделе, у 9 – в средней трети мочеточника. У некоторых пациентов длительность стояния камня была более одного месяца, размеры конкрементов – 5-15 мм. Дробление камней производилось аппаратом «Литокласт» под перидуральной анестезией. У 24 больных с полным блоком мочеточника была установлена нефростома, у 2 пациентов с камнями нижней трети обоих мочеточников нефростомы установлены в обе почки. 50 больным после контактной литотрипсии мочеточники дренировали в течение двух суток катетриком. У 24 больных, которым до операции была установлена нефростома, обострение хронического пиелонефрита отмечено у одного (выполнена открытая уретеролитотомия).

Наш опыт контактной литотрипсии дает право высказать мнение о достаточно эффективном методе лечения конкрементов в нижней и средней трети мочеточников с использованием аппарата «Литокласт». Считаем, что у пациентов с длительным нахождением камня в мочеточнике и в возрасте старше 40 лет для предупреждения осложнений показана пункционная нефростомия.

Д.В. Нагорный, А.Г. Филиппов, В.М. Нагорный, Б.В. Мазалов, В.В. Грехнев

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ НАЛИЧИИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

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

Камни мочевого пузыря – сравнительно частое заболевание у мужчин пожилого возраста. Образованию камней способствует затруднение оттока мочи вследствие инфравезикальной обструкции (железистая гиперплазия и рак простаты, стриктуры мочеиспускательного канала). Лечение камней мочевого пузыря может быть оперативным и эндоскопическим – механическая, контактная и дистанционная литотрипсии. Камнедробление является методом выбора у лиц пожилого возраста.

Нами выполнена контактная литотрипсия камней мочевого пузыря у 16 мужчин в возрасте от 60 до 80 лет. В предоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия с учетом микрофлоры мочи. У 12 больных выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы, у 2 – рак простаты и у 2 – стриктура уретры. В 4 случаях найдено по три конкремента, в остальных – одиночные камни. Размеры камней от 15 до 30 мм. Дробление проводилось аппаратом «Литокласт». Операции выполнялись под перидуральной анестезией. У 2 больных со стриктурой в простатическом отделе уретры после предыдущей аденомэктомии производилась эндоскопическая лазерная уретротомия на установке «Ласка». После рассечения стриктуры выполнялись дробление камня и отмывание его фрагментов. На 3 дня устанавливался уретральный катетер Фолли. В 12 наблюдениях с гиперплазией предстательной железы и в 2 с раком простаты вначале производили контактную литотрипсию, затем выполнили трансуретральную электрорезекцию простаты с последующим отмыванием осколков камня и удалением резицированных тканей. Уретральный катетер устанавливали на 5 дней. У всех больных, которым выполнялась контактная литотрипсия с резекцией простаты и уретеротомией, восстановлено адекватное мочеиспускание. Средний срок пребывания в стационаре – 8 койко-дней.

На основании наших наблюдений составлен алгоритм лечения пациентов с камнями мочевого пузыря: при стриктурах простатического отдела уретры – рассечение стриктуры лазером, контактная литотрипсия, отмывание фрагментов камней и установка катетера на 3 дня. При доброкачественной гиперплазии и раке предстательной железы – контактная литотрипсия, трансуретральная резекция простаты, отмывание фрагментов камней и тканей предстательной железы и установка катетера на 5 дней. Применение современных технологий при лечении больных с камнями в мочевом пузыре при инфравезикальной обструкции позволяет избежать открытых вмешательств у пациентов пожилого возраста, в короткие сроки и с меньшей травмой разрушить большие конкременты, восстановить адекватное мочеиспускание у пациентов.

С.В. Никулин, М.П. Михайлов, С.Н. Макаров

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Цель нашего исследования состояла в сравнительной оценке двух способов фиксации переломов шейки бедренной кости: тремя 6,5-миллиметровыми спонгиозными компрессирующими винтами (СКВ) и динамическим бедренным винтом (ДБВ). За последние два года в клинике 68 больным был произведен остеосинтез

СКВ и 55 больным – ДБВ. Средний возраст пациентов – 65±1,5 года, у 97% из них ренгенологически определялся выраженный системный остеопороз.

Площадь контакта резьбовых площадок СКВ с губчатой костью головки бедра меньше, чем у ДБВ, поэтому при выраженном остеопорозе достичь достаточной компрессии отломков во время операции с помощью трех СКВ не удавалось. ДБВ обеспечивал создание этих условий при любой выраженности остеопороза. У 27 больных сращение перелома не наступило, рентгенологически определялся ложный сустав шейки бедра. Но, несмотря на это, пациенты, которым был выполнен остеосинтез ДБВ, безболезненно нагружали поврежденную конечность. СКВ при таких исходах во всех наблюдениях мигрировали в мягкие ткани. Операция с применением трех СКВ характеризовалась меньшей травматичностью и продолжительностью по сравнению с остеосинтезом ДБВ. При этом замечено, что болевой синдром при использовании ДБВ не был выражен или полностью отсутствовал. У больных, оперированных тремя СКВ, болевой синдром в области верхней трети бедра длился до 3-4 недели. В то же время отмечено, что остеосинтез шейки бедра ДБВ с накладкой не обеспечивал достаточной ротационной стабильности перелома. С целью увеличения стабильности нами предложено использовать дополнительный спонгиозный 6,5-миллиметровый компрессирующий винт-деротатор. Срок пребывания больных в стационаре после выполненных операций – 12±2,3 койко-дня. Сроки ограничения осевой нагрузки при обоих видах остеосинтеза составили от 3 до 5 месяцев. Благоприятный исход отмечен в 71 наблюдении. От сопутствующей патологии в течение 6 месяцев после операции умерли 14 человек. В 38 случаях наблюдались различные осложнения: асептический некроз головки бедра (6), несращение (27), срыв фиксации (4), нагноение послеоперационной раны (1). Большее количество осложнений (74,5%) отмечено после остеосинтеза перелома тремя СКВ.

Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста при переломах шейки бедра методом выбора остеосинтеза является применение ДБВ с винтом-деротатором, что позволяет рано активизировать больных и проводить их функциональную реабилитацию.

С.П. Новиков, С.И. Галактионова

НЕКОТОРЫЕ СИСТЕМЫ СТРАТЕГИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЭКСТРЕННЫМ БОЛЬНЫМ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

В ГКБ № 2 Владивостока ежегодно обращаются свыше 50 000 человек, госпитализируются около 30 000. Стационар оказывает медицинские услуги по тринадцати профилям коечного фонда. Имея 75% хирургических коек, больница работает в режиме ежедневного круглосуточного дежурства. Среди обратившихся 79% составляют экстренные больные. Основная часть пациентов (81%) поступает по направлениям СМП, травмпунктов, поликлиник и других стационаров. В 19% случаев пациенты обращаются в ГКБ № 2 самостоятельно. Более трети больных (36%) доставляются бригадами СМП. Из них свыше трети пациентов поступают со скелетной травмой и нейротравмой. Проанализировав число экстренных обращений за 2002 г. по дням недели на примере 39 766 случаев, мы пришли к выводу, что наибольшее число обращений приходится на понедельник (17%), вторник и среду (15%), а наименьшее – на субботу (13%) и воскресенье (12%). В течение же суток наибольшее число обращений по экстренным показаниям приходится на интервал с 8 до 24 часов, достигая пика с 8 до 16 часов. Наименьшая нагрузка регистрируется с 0 до 8 часов.

В 1995 г. приемное отделение ГКБ № 2 было реорганизовано: все поступающие больные разделены на два потока (экстренные и плановые), частично ликвидирована кабинетная система (прием экстренных больных осуществляется в одном кабинете всеми специалистами, в этом же кабинете располагается сестринский пост), территориально объединены диагностические службы. Работа в течение последних лет доказала правильность этих решений, но вместе с тем выявлена необходимость дальнейшего совершенствования данного направления. В этой связи в ГКБ № 2 разработан проект, который был бы логически завершенным циклом оказания помощи экстренным больным. Были определены следующие задачи приемного отделения: 1. Сокращение сроков пребывания пациентов в отделении при одновременном расширении объема диагностической помощи; 2. Немедленное начало или продолжение синдромальной терапии совместно с диагностическими мероприятиями; 3. Оказание специализированной помощи амбулаторным больным.

Для дальнейшей реорганизации приемного отделения сохраняются все имеющиеся технические системы (капитальные стены, системы канализации, водоснабжения и т.д.), не требуется большой объем строительных работ, не прекращается повседневная работа. Ключевыми моментами реорганизации являются сортировка экстренных больных (тяжелые, крайне тяжелые, средней степени тяжести и легкие; последние в свою очередь делятся на ходячих и носилочных) и введение в состав отделения реанимационного зала и палаты интенсивной терапии. Для осуществления сортировки требуется внедрение единой системы определения критериев тяжести состояния на СМП и в ГКБ № 2 (шкала АППАЧИ или другая), а также введение в штат приемного отделения двух круглосуточных постов врачей неотложной медицинской помощи.

Тяжелые и крайне тяжелые пациенты, доставляемые СМП, поступают в реанимационный зал или палаты интенсивной терапии приемного отделения. После проведения диагностических мероприятий, осмотра узкими специалистами и стабилизации витальных функций пациент подается в оперблоки, откуда при необходимости в раннем послеоперационном периоде переводится в ОРИТ или в профильное отделение. Остальные пациенты поступают к врачу неотложной помощи приемного отделения, который оценивает общее состояние, назначает обследование, при необходимости проводит синдромальную терапию и затем передает пациента узкому специалисту. После оказания специализированной помощи пациент либо госпитализируется, либо направляется на амбулаторное лечение. Таким образом обеспечивается конвейерная система оказания медицинской помощи с преимущественным односторонним путем движения пациентов с соблюдением

принципа «к пациенту» и достигается основная задача – оказание экстренной специализированной медицинской помощи в полном объеме в кратчайшие сроки.

О.В. Савченко, Е.В. Елисеева, Т.Д. Новикова, И.И. Шмыкова

АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ ГИНЕКОЛОГИИ ГКБ № 2

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

Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза проводится на основе общих принципов, однако сочетание фазового течения воспалительного процесса и ведущей роли микробных ассоциаций определяют целый ряд особенностей применения антибиотиков в гинекологии, в частности неэффективность монотерапии. Выбор тактики лечения у таких больных весьма сложен и должен осуществляться с учетом эффективности, потенциальных экзогенных и эндогенных возбудителей, возможных осложнений, переносимости и т.д. Представляем данные, полученные в результате ретроспективного анализа 61 истории болезни в отделении гинекологии. Изучались протоколы антибактериальной терапии женщин, поступивших с обострением двухстороннего сальпингоофорита и метроэндометритом.

Наиболее часто используемая схема стартовой эмпирической терапии включала комбинацию трех препаратов: ампициллина, гентамицина и метронидазола. В 26,2% случаев в нее включались другие антибактериальные средства. При неэффективности лечения добавлялись новые препараты, чаще всего линкомицин. Продолжительность антибактериальной терапии составляла от 7 до 19 суток. Назначаемые схемы антибактериальной терапии несколько отличаются от схем, предлагаемых ведущими специалистами в области антимикробной химиотерапии. Безусловно, комбинация полусинтетических пенициллинов, гентамицина и метронидазола перекрывает спектр грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, трихомонад и анаэробов. Однако, учитывая современный уровень гентамицинрезистентности, фармакокинетические особенности пенициллинов, довольно незначительную разницу между стоимостью курса антибиотикотерапии, применяемого в отделении, и стоимостью современных схем, можно рекомендовать к применению другие эффективные комбинации, например цефалоспорина III поколения (цефотаксима), доксициклина и метронидазола. Возможно также использование стартовой эмпирической терапии, рекомендованной центром по контролю заболеваемости США: офлоксацин и метронидазол. Первый обеспечивает достаточную активность в отношении стафилококков, энтеробактерий, хламидий и гонококков, а второй – трихомонад и анаэробов. Существуют и другие весьма эффективные схемы антибиотикотерапии: цефалоспорины II или III поколения в комбинации с тетрациклинами. Во всех изученных наблюдениях антибиотики назначались парентерально. Между тем при нетяжелом течении эндометрита или сальпингита возможно пероральное применение антибактериальных препаратов. При тяжелом течении заболевания рекомендуется парентеральное назначение следующих комбинаций: цефалоспорин III-IV поколения и доксициклин, тикарцилин/клавуланат (или пиперациллин/тазобактам) и доксициклин (или макролид), фторхинолон и метронидазол (или линкозамид), имипенем (или меропенем) и доксициклин (или макролид).

Таким образом, на сегодняшний день в арсенале врача имеются высокоэффективные антибактериальные препараты, дающие возможность эмпирически обеспечить элиминацию всех основных возбудителей при воспалительных заболеваниях органов малого таза. В сложных случаях обращение к клиническому фармакологу позволит избежать необоснованной полипрагмазии и осуществить подбор оптимальной комбинации антибиотиков, адекватное применение которых определяет эффективность лечения.

И.Р. Северянина, И.Э. Гришина

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

К одному из прогрессивных достижений XX века можно отнести широкое внедрение в клиническую практику лечения системных заболеваний соединительной ткани синхронной интенсивной терапии (СИТ). Этот метод лечения в ревматологическом отделении ГКБ № 2 используется в течение последних 2 лет. В 2001 г. пролечены 187, в 2002 г. – 186 человек (средний возраст – 40,2 года). Среди них – 131 больной системной красной волчанкой, 40 больных системной склеродермией и 15 больных системными васкулитами. Первая группа (86 человек) – больные с высокой степенью активности заболевания, у которых выявлена резистентность к комплексной терапии. Им проводилась СИТ. Вторая группа (100 человек) – больные, получавшие стандартное лечение. В 1-й группе удалось добиться выраженного клинического эффекта у 70 пациентов в среднем через 3,6 дня. Купированы лихорадка, дерматит, полиартрит, полисерозиты. Значительно (более чем на 60%) снизились показатели острой фазы воспаления. Во 2-й группе эффект наступил в среднем через 10,5 дня, у 2 больных эффекта не было вообще.

Таким образом, СИТ в максимально короткие сроки способна подавить активность процесса и тем самым предотвратить тяжелые висцеральные поражения, определяющие прогноз при данной патологии.

А.П. Терех

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММ КОНТРОЛЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Городская клиническая больница №2 (г. Владивосток)

Инфекционный контроль внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии распределяется по 4 основным направлениям. Во-первых, это архитектурно-проектные решения при строительстве новых реанимационных отделений. Основным принципом является пространственное разделение потоков больных, которые поступают в отделение на короткое время, и больных, которые длительное время будут вынуждены пребывать в отделении. Адекватная площадь помещения для одной реанимационной койки, согласно СНиП, 13 м^2 и доступ с трех сторон. Во-вторых, основным механизмом контаминации больных являются руки персонала. В этом плане было бы идеальным следовать принципу «одна сестра – один больной» при обслуживании длительно находящихся в отделении пациентов, особенно при проведении искусственной вентиляции легких и применении

инвазивных методов лечения. В-третьих, строгое соблюдение принципов асептики и антисептики при инвазивных процедурах и обследованиях, использование при этом приспособлений, материалов и спецодежды преимущественно однократного применения. В-четвертых, применение высокоэффективного клинико-микробиологического мониторинга, позволяющего, с одной стороны, максимально использовать возможности целенаправленной антибактериальной терапии, с другой – избегать необоснованного проведения эмпирической терапии, в том числе антигрибковой. Рационально составленная программа инфекционного контроля является одним из самых экономически эффективных мероприятий, так как позволяет сократить неоправданные расходы в ситуации, когда ресурсы крайне ограничены.

Д.Ю. Хасин, Л.М. Минкина, В.И. Масычева, Е.В. Елисеева

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОСАРКОМАХ У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет, НИКТИ БАВ ГНЦ ВБ «Вектор» (г. Бердск), ФК «ИнтерКэр» (г. Москва)

Одной из актуальных задач при онкологической патологии является разработка схем адекватной и эффективной коррекции иммунологических нарушений. Применение иммунокорригирующей терапии позволяет существенно улучшить прогноз заболевания, увеличить продолжительность и повысить качество жизни.

Проведено наблюдение 6 случаев использования цитокинотерапии при остеосаркомах нижних конечностей у детей, находившихся на лечении в ДОТО ГКБ СМП № 2 в 1998-2002 гг. В качестве иммунокорригирующего препарата использовали рекомбинантный фактор некроза опухоли-α (ФНО-α), производства НИКТИ БАВ ГНЦ ВБ «Вектор». Исследования выполняли в рамках 2-й фазы клинических испытаний в соответствии с разрешением Фармкомитета РФ. Дозу препарата, порядок введения и курс лечения определяли на основании изучения иммунного статуса пациентов. Определяли основные маркеры (CD 3, 4, 8, 25, 16, 95, 71, HLA-DR, CD 45RA, CD4/CD8) и Т-хелперные соотношения (Th1-Th2) путем оценки уровня внутриклеточных цитокинов. Установили, что у пациентов с манифестными опухолями имелись выраженные изменения иммунного статуса: снижены маркеры Т-клеточного звена, нарушен этап неспецифической резистентности, значительно снижены иммунорегуляторный индекс и маркеры апоптоза. По низкому уровню интерферона-γ и интерлейкина-2 сделали вывод о явлениях дезорганизации иммунной системы, выражающейся в смещении иммунологической активации в сторону Th2. Вышеуказанные исследования проводили пятикратно каждому пациенту до начала лечения, после каждого блока и по окончании терапии.

ФНО-α вводили внутривенно по модифицированной схеме Фибоначчи, максимальная разовая доза составила 8 000 000 Ед, максимальная курсовая – 32 000 000 Ед. Всего каждому пациенту выполнено от 3 до 8 курсов. Первый курс всегда проводили до операции, последующие – после ампутации конечностей. Переносимость препарата оценили как удовлетворительную. Объективно отмечали гиперактивацию иммунной системы, которая выражалась в резком возрастании уровней CD 25 (18%), 16 (32%), HLA-DR (25%), CD 45RA (80%), CD 95 (70%). Т-клеточное звено активировались более умеренно (CD3 – 80%), при этом произошла нормализация соотношений внутри популяции (CD4/CD8 – 2,1). Оценка уровня повышения концентрации цитокинов, а также появление свободного ФНО-α позволили сделать вывод о «переключении» иммунологической активации Th2-Th1, что является более желательным с точки зрения адекватности иммунологической реактивности. Снижение активности иммунной системы до значений нормы отмечали в течение 21 дня. Обращал на себя внимание факт зависимости уровня гиперреактивности иммунной системы на введение ФНО-α от наличия опухоли: после удаления очага выраженность проявлений иммунной реакции заметно снижалась, что связано, вероятно, с уровнем антигенной нагрузки. После хирургического вмешательства переносимость препарата заметно улучшалась.

Из всех пациентов один погиб в сентябре 2002 г., прожив после хирургического вмешательства более 2 лет. В настоящий период мы продолжаем наблюдение за остальными пациентами, выживаемость которых находится в периоде от 1 года до 3 лет. Таким образом, применение в комплексном лечении остеосарком цитокинотерапии существенно увеличивает выживаемость больных.

И.И. Шмыкова, Е.Ю. Лозинский, Е.В. Елисеева

СОСТОЯНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ФТОРХИНОЛОНАМ В ОТДЕЛЕНИЯХ ГКБ № 2 ВЛАДИВОСТОКА В 2002 г.

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

В последние годы накапливаются данные о росте резистентности к фторхинолонам (Фх) среди грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Развитие устойчивости здесь чаще всего обусловлено efflux-механизмом. В России этот вид резистентности регистрируется у штаммов синегнойной палочки и пневмококка. Динамика роста устойчивости выглядит в виде прироста в среднем на 3-4% в год. Учитывая, что ГКБ № 2 г. Владивостока – лечебное учреждение хирургического профиля, в котором оказывают неотложную помощь, закономерен интерес к вопросам формирования устойчивости в вышеуказанных отделениях. Было обработано 400 результатов бакпосевов, проведенных за период с 1 июля по 30 ноября 2002 г. После обработки полученных данных выявлено 104 отрицательных результата на чувствительность к Фх. По результатам 400 посевов из одиннадцати отделений ГКБ № 2 в 26% наблюдений зарегистрирована резистентность в Фх. Экспертиза антибиотикотерапии показала, что наиболее часто и как препараты первого ряда фторхинолоны назначались в отделении неотложной хирургии. Исходя из этого, можно говорить о формировании приобретенной резистентности к антибиотикам этой группы в хирургическом отделении. Данные исследования подтвердили высказанное предположение: резистентность к Фх составила 22% от общего числа отрицательных тестов в отделении неотложной хирургии. На втором месте по результатам антибиотикорезистентности оказалось отделение ревматологии – 16,5%, но высокая степень резистентности здесь объяснялась наиболее частым высеванием *S. epidermidis*. Известно, что он низкочувствителен к фторированным хинолонам, эта особенность оговаривается в аннотациях к препаратам, производимым фармацевтическими фирмами. Третье и четвертое место по показателям резистентности к Фх занимают травматологические отделения (11,5%). Ниже этот показатель был в урологическом отделении и ОРИТ – 10,6 и 10,2%, соответственно.

Микробный спектр бакпосевов был представлен пропорционально грамположительной и грамотрицательной флорой – 49,1 и 50,9% соответственно, причем к последней регистрировалась более высокая степень резистентности.

Таким образом, показатели развития устойчивости микроорганизмов к Фх в отделениях ГКБ № 2 Владивостока близки к среднестатистическим по России. В ревматологическом отделении фторхинолоны выступают как антибиотики резерва, а не препараты первого ряда. Для предупреждения развития резистентности к данной группе препаратов при назначении эмпирической терапии необходимо учитывать спектр предполагаемых возбудителей.

Ж.В. Юн

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ УЧЕБНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Информатика как базовая наука находит все большее применение в последипломном обучении медицинских сестер. Кадры, выпускаемые сегодня медицинским колледжем, в некоторой степени подготовлены к работе с информационными технологиями, без которых сейчас невозможно осуществлять лечебный процесс. В учебном центре медицинских сестер внедрение новых информационных технологий началось с 1997 г. Для успешной работы центра был сформирован электронный банк данных учебно-методической документации (учебные программы, планы, тестовые задания для слушателей, конспекты лекций и пр.). Для учебного процесса составлялись алгоритмы некоторых манипуляций в демонстрационном режиме PowerPoint, что позволяло быстрее усваивать пройденный материал. Медицинскими сестрами операционного блока был снят учебный фильм о санитарно-противоэпидемическом режиме операционного блока, методах дезинфекции и стерилизации. Собственными силами были подготовлены наглядные пособия для занятий.

Для проведения ежегодного зачета по вопросам профилактики внутрибольничных инфекций среди средних медработников в больнице была разработана система подготовки и проведения зачета. В 1996-1999 гг. сотрудники проходили собеседование. С 1999 г стали применять тестовый контроль для средних медработников со стажем работы более 8 лет. С 2003 г. зачет проводится по следующей схеме: сотрудники, работающие в больнице до 5 лет, сдают устное собеседование, работающие от 5 до 10 лет – тестовый контроль, а работники со стажем более 10 лет – компьютерное тестирование. Для проведения зачета была разработана компьютерная программа, дающая возможность одновременно получать навыки в работе с компьютером и совершенствовать знания по вопросам профилактики внутрибольничной инфекции. Также в учебном центре есть банк данных по результатам сдачи зачета на каждое отделение больницы. В центре имеется собственный выход в Интернет, что очень важно для сбора новой информации, применяемой как в работе центра, так и сестринского звена в целом. Мы постоянно общаемся со своими коллегами из других регионов России и СНГ. Ведем активную переписку с Ассоциацией медицинских сестер г. Южно-Сахалинска, делимся опытом работы.

В условиях возрастающего значения информационных технологий в сфере образования и внедрения в учебный процесс разных видов учебной информации стало доступным получение дистанционного обучения. Этот метод обучения был впервые применен в 2003 г. при прохождении усовершенствования медицинскими сестрами нашей больницы. Для подготовки к сертификационному экзамену использовались материалы и тестовые задания, предлагаемые УПК при МСЧ-122 г. Санкт-Петербурга, которое является одним из ведущих училищ повышения квалификации средних медработников в России. В планах работы учебного центра медицинских сестер – создание базы данных на весь средний медперсонал больницы, обучение навыкам работы на компьютере, использование дистанционных методов обучения для последипломного образования средних медработников.

Ж.В. Юн

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В РАБОТУ ОТДЕЛЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Сестринский процесс как новая технология работы сестринского персонала необходим для организации качественного, квалифицированного ухода, удовлетворения основных потребностей больного. В отделении гемодиализа особую категорию больных составляют пациенты с хронической почечной недостаточностью, нуждающиеся в постоянном гемодиализе, который проводится 3 раза в неделю. Главная цель сестринского процесса при проведении гемодиализа – обеспечение максимально возможного физического и психического комфорта пациента.

Первым этапом внедрения была разработка документации, куда вошли функциональные обязанности медсестры диализного зала, функциональные обязанности техника диализного зала, карта наблюдения за больным во время гемодиализа. Разработка функциональных обязанностей для медсестры и техника позволила установить приоритеты в осуществлении ухода за пациентами, а ведение карт позволяет врачу использовать сестринские наблюдения для корректировки плана лечения. Перед началом процедуры гемодиализа медсестра контролирует вес больного, выясняет жалобы, измеряет артериальное давление, частоту пульса и температуру тела. При подключении больного к аппарату «искусственная почка» она контролирует состояние артерио-венозного анастомоза и в случае осложнений докладывает врачу. Наблюдение за пациентами во время процедуры осуществляется 2-3 медсестрами непрерывно в течение 4-5 часов, пока идет сеанс гемодиализа. Каждые 30 минут пациентам измеряют артериальное давление, частоту пульса, регистрируются параметры работы аппарата. Профессиональное осуществление сестринского процесса может быть выполнено только при наличии у медицинской сестры клинического мышления, что всегда связывалось только с деятельностью врачей или в крайнем случае фельдшеров, выполняющих врачебные функции. Сегодня, когда мы хотим сделать из медицинской сестры полноценного партнера врача, клиническое мышление необходимо медсестре в соответствии с назначениями врача не механически, а осознанно выполнять назначения и нести ответственность за свои действия. Чем выше будет уровень клинического мышления у медицинской сестры, тем лучше она сможет организовать сестринский процесс и тем выше будет качество сестринского ухода за пациентом и его результаты.