

варительно вводился контрикал (гордокс), затем производилась капельная инстилляция адекватного антибиотика и необходимых лечебных компонентов. В среднем проводилось 3-7 таких введений, которые не вызывали осложнений. Только в одном случае возник небольшой местный отек. В результате ускорились нормализация температуры и детоксикация, подавлялся гнойный процесс в паренхиме легкого и бронхах. Отмечена быстрая положительная рентгенологическая и гематологическая динамика. В итоге во всех 32 случаях было достигнуто значительное улучшение состояния больных.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гладилин Г.П., Ребров А.П., Бутунина Н.А.
Саратовский Государственный Медицинский Университет, Саратов

Важнейшую роль в патогенезе таких заболеваний, как ревматоидный артрит, хронический гломерулонефрит и системная красная волчанка, играет повреждение сосудистой стенки.

В настоящее время исследования сосудистого компонента гемостаза преимущественно базируются на определении времени кровотечения и резистентности капилляров. Однако данные методы не могут отразить в полной мере степень повреждения сосудистой стенки, а также связаны с некоторыми трудностями выполнения.

Целью нашего исследования явилась оценка информативности манжеточной пробы, позволяющей исследовать функциональную активность сосудистой стенки, а именно антиагрегационную, антикоагулянтную, фибринолитическую, и определение десквамированных эндотелиальных клеток, являющихся морфологическим маркером повреждения сосудистой стенки.

Обследованы больные с хроническим гломерулонефритом, ревматоидным артритом и системной красной волчанкой с разной активностью процесса (всего 300 человек).

Определялась степень агрегации, активность АТ III и фибринолитическая активность до и после наложения манжеты.

Метод определения десквамированных эндотелиоцитов основан на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами в плазме больного с последующим осаждением тромбоцитов с помощью АДФ, а эндотелиоцитов – поэтапным центрифугированием.

В результате выявлено, что во всех группах больных снижение антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности коррелирует с циркулирующими эндотелиоцитами, и наиболее выражены у больных с активной формой заболевания.

Таким образом, можно утверждать, что данные методы являются достаточно объективными и информативными и могут быть использованы в качестве дополнительных критериев диагностики заболеваний с поражением сосудистой стенки иммунного характера.

НОВАЯ МЕТОДИКА ОРГАНСОХРАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РТМ I СТ

Грицай А.Н.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН и Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Москва, Ростов-на-Дону

Акад. Ю.С. Сидоренко разработана и внедрена в 1986г. оригинальная оперативная методика субтотальной экстирпации матки с сохранением тазового дна.

Показаниями к этой операции являются предопухольные и доброкачественные процессы в области эндометрия и шейки матки. Кроме того, эту операцию целесообразно проводить при сочетании фибромиомы матки с различными предопухольными состояниями шейки матки (дисплазия, лейкоплакия, эритроплакия, рубцовая деформация, эрозия и т.д.). В последнее время с развитием органосохраняющих принципов в онкологии при ранних стадиях опухолевого процесса, нами была использована денная методика у больных РТМ I стадии. В этих условиях, как известно, операцией выбора является тотальная экстирпация матки по общепринятой методике.

Предложенная нами методика субтотальной экстирпации с сохранением тазового дна представляется в данной ситуации более целесообразной, поскольку необходимый радикализм достигается на фоне меньшего объема оперативного вмешательства, меньшего операционного риска, и с меньшими последующими функционально-неврологическими расстройствами, имея в виду сохранение тазового дна. Этапы этой операции предусматривают первоначально типичную надвлагалищную ампутацию матки с придатками. Затем, на уровне внутреннего зева культы шейки матки, отсекается брюшина заднего свода от шейки матки и прямой кишки на 5-6см. По цервикальному каналу сзади культы шейки матки рассекается до свода, и вся её ткань выворачивается, а затем слизистая цервикального канала и прилежащая 1/3-1/2 мышечного слоя циркулярно иссекаются вместе с шейкой матки. На оставшийся мышечный участок культы матки накладываются циркулярно в 2-3 яруса швы. После чего сформированная мышечная культа перитонизируется, как обычно, брюшиной мочевого пузыря. 25 больным РТМ I ст. была выполнена модифицированный вид субтотальной экстирпации матки. Больные подразделялись по возрастным подгруппам: 15 больных от 35 до 45 лет поздний репродуктивный с сохранением не только сексуальной, но и гормональной функций (с оставлением яичников с двух сторон) и 10 больных с 46-49 лет - перименопаузальный возраст - с формированием искусственной культы из тканей шейки матки.

Резюмируя результаты наших наблюдений, в группу больных 35-45 лет с выполнением субтотальной экстирпации матки с пластикой тазового дна и транспозицией яичников вошли женщины с минимально-выраженным комплексом соматических нарушений, условно здоровые по наличию фоновой гинекологической патологии, характеристика опухоли - высокодифференцированная аденокарцинома с минимальным инвазивным процессом, с локализацией в дне матки и единичным очагом поражения, либо полиповидный тип роста опухоли, с приведением пластинчатой биопсии яичников. Группа была сформирована искусственно, исходя из понятия о благоприятном прогнозе заболевания. Количество исследований пока не достаточно, что бы избирательно использовать данное оперативное пособие у больных этой возрастной категории, но однозначно, что эти больные с сохраненной сексуально-эндокринной функции не испытывали последствий «искусственного климакса», нарушений функции соседних органов, а в будущем, сексуально-психологических расстройств. Группа больных 46-49 лет была сформирована по тем же признакам, только учитывая возраст, не были оставлены яичниковые гонады. В этой группе основное значение было отведено профилактики функциональных нарушений деятельности мочевого пузыря и сексуально-психических отклонений, связанных с перенесенным оперативным вмешательством. 5 больным в послеоперационном периоде проводилась ДЛТ в СОД 42Гр. На область первичного очага и тупи лимфооттока. Все больные условно здоровы, как в физическом, так и в психологическом плане в течение 5-летнего периода наблюдения.

Работа представлена на III научную Общероссийскую конференцию «Проблемы морфологии» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА – ПЕРВЫЙ ЭТАП В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСНОВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Грицай А.Н.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН и Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Москва, Ростов-на-Дону

С целью совершенствования методов первичного выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний в 1982г. академиком РАМН Ю.С. Сидоренко впервые предложена новая организационная форма – «Открытый прием» авторитетными высококвалифицированными специалистами, в основу которой положен принцип самоорганизации населения в группы повышенного риска заболевания раком. Прием называется «открытым» потому, что он действительно открыт для всех желающих, которые могут посетить по выбору врача-онколога любого профиля без направления и предварительной записи. Для организации «Открытого приема» населения разработаны ме-

тоды оповещения, порядок работы, критерии формирования потока посетителей.

Организация приема осуществляется следующим образом:

1. Оповещение населения о работе «открытого приема» в РНИОИ.

2. Информация за счет оповещения районных онкологов о датах

«открытого приема».

2. Информация на месте, у входа в институт, а также с помощью объявлений в местных средствах массовой информации: газетах «Молот» и «Вечерний Ростов», по радио, телевидению, в программе «Барометр здоровья», Web-странице в Интернете.

II. Порядок работы:

«Открытый прием» проводится два раза в месяц, в первую и третью субботу, в выходной день для большинства граждан. Каждый человек, без предварительной записи, без специального направления, испытывая тревогу за свое здоровье и стремясь попасть к квалифицированному специалисту, обращается в поликлинику РНИОИ в эти дни.

III. Критерии формирования потока посетителей «открытого приема»:

- обеспечение короткого и прямого пути, для любого желающего попасть к высококвалифицированному специалисту;

- формирование фактора внутреннего психологического императива, заставляющего больного явиться на этот прием. Однако, лишь абстрактная притягательность авторитета, сама по себе, еще не обусловит формирования указанного императива;

- тревожное состояние, которое нередко может быть объективным отражением реально существующих соматических расстройств;

- причастность к онкологической трагедии.

Не вызывает сомнения тот факт, что обратившиеся на «открытый прием» женщины явились по собственной инициативе именно в онкологический институт, с которым у большинства людей возникают весьма мрачные ассоциации. Главным критерием этой выборки можно считать высокий уровень тревожности.

Внутренний императив поддерживается, как и любой рефлекс, тем, что физиологи называют подкреплением.

В социальной среде это все то, что окружает человека на «открытом приеме», - его четкая организация, быстрая постановка диагноза, радикальное лечение, мобильность в его индивидуализации, хорошие результаты. Все эти факторы очень быстро становятся достоянием гласности, повышая авторитет «открытого приема» и подкрепляя внутренний императив у тех, кто испытывает описанные беспокойство и тревогу. «ОП»- первый и наиболее важный этап, предопределяющий успех лечения, сформированная позитивная доминанта и доверие к надежности медицинской помощи- неотъемлемая часть лечебно-организационных мероприятий высококвалифицированного специализированной помощи.

Работа представлена на III научную Общероссийскую конференцию «Проблемы морфологии» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)