

ПОСТИНФАРКТНЫЙ АУТОИММУННЫЙ СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА

А.Д. ИСЛАМОВ

*Врачебная амбулатория Ащисай, Енбекшиказахский район,
Алматинская область*

Постинфарктный аутоиммунный синдром Дресслера – это позднее осложнение инфаркта миокарда с характерной классической триадой (диффузный перикардит, плеврит и пневмонит), сопровождающееся значительным повышением температуры тела, увеличением СОЭ, лейкоцитозом и эозинофилией. К развитию синдрома Дресслера приводят крупноочаговые инфаркты миокарда, осложненные кровотечениями в полость перикарда. Типичные признаки синдрома могут появляться и после повреждений сердца – кардиохирургических вмешательств, ранений, контузий сердца, непроникающих ударов в область сердца и некоторых других причин. Механизмом развития синдрома Дресслера считается аутоиммунная реакция, возникающая в ответ на антигены тканей миокарда и перикарда.

Лечение синдрома Дресслера: применяются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). К ним относятся: диклофенак, ибупрофен, индометацин. В первые 4 недели после перенесенного инфаркта миокарда длительный прием НПВС не показан ввиду того, что эти препараты тормозят заживление миокарда, истончают постинфарктный рубец, способствуют формированию аневризм сердца и могут спровоцировать разрыв сердца. НПВС неблагоприятно воздействуют на органы ЖКТ. Их назначают с осторожностью, в строго подобранной индивидуальной дозе.

Препараты, разжижающие кровь, на время лечения синдрома Дресслера отменяются во избежание осложнений. Глюкокортикоидные препараты (гормоны) назначают в более тяжелых случаях и при отсутствии эффекта от противовоспалительных средств. Чаще преднизолон в таблетках по 30 мг в сутки на 2 – 3 недели с последующим снижением дозы до 5 мг в неделю в течение 5 – 6 недель. При своевременной диагностике и назначении правильного лечения все симптомы исчезают в течение нескольких дней.

Редким осложнением синдрома Дресслера является тампонада сердца. При тампонаде происходит сдавление сердца жидкостью, скопившейся в полости перикарда. В этом случае может быть проведен прокол полости пери-

карда (перикардиоцентез) для освобождения его от жидкости. Синдром Дресслера обычно имеет благоприятный прогноз. Даже тяжелое его течение самостоятельно не приводит к летальному исходу. При длительно текущем перикардите иногда возможно утолщение и сращение листков перикарда, что приводит к нарушениям работы сердечной мышцы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бочков А.И., Насонова В.А. Справочник врача общей практики. Москва. Эксмо-Пресс -2002; 2. Воровьев А.И. Справочник практического врача. Москва, «Эксмо», 2007; 3. Клиническая кардиология. Руководство для врачей, 2007.

ТҰЖЫРЫМ

ИНФАРКТТАН КЕЙІНГІ АУТОИММУНДЫ ДРЕССЛЕР СИНДРОМЫ

А.Д. Исламов

*Ащисай дәрігерлік амбулаториясы,
Еңбекшіқазақ ауданы,
Алматы облысы*

Миокард пен перикард тіңдерінің антигендеріне жауап ретінде пайда болатын аутоиммунды реакция Дресслер синдромының даму механизмі ретінде есептеледі. Жүрек бұлшық еттерінің жарылулары арқылы перикард қуысына түсетін қанның антигендері де белгілі бір роль ойнайды.

SUMMARY

AUTOIMMUNE DRESSLER'S SYNDROME

A.D. Islamov

*Aschisay Medical Ambulance,
Yenbekshikazakhstansky District, Almaty Region*

Autoimmune response which occurs pursuant to myocardial and pericardial tissue antigens is considered to be the mechanism of Dressler's syndrome development, it. Antigens of blood coming through cardiac muscle ruptures to the pericardial cavity play the certain role.

ОНКОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДИСПАНСЕРНЫХ УСЛОВИЯХ

М.Е. ТУЛЕУТАЕВ, К.А. МУСАБЕКОВ, К.З. КУСАИНОВ

Городской онкологический диспансер, г. Астана

В приоритетных направлениях развития отечественного здравоохранения, определенных Государственной программой развития здравоохранения РК «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 годы, предусмотрено снижение смертности от онкологических заболеваний в стране с 112,7 в 2009 г. до 99,5 – в 2013 и 95,8 – в 2015 г. (на 100,0 тыс населения) [1]. Для до-

стижения этих результатов важно совершенствование диагностики, лечения и реабилитации больных с данной патологией.

Онкологическая помощь жителям города Астана оказывается онкологическим диспансером, который обслуживает 701491 человека населения. Диспансер располагает поликлиникой с плановой мощностью 380

Таблица 1

**Динамика эффективного использования коечного фонда диспансера
(2009-2010 гг.)**

Профиль койки	Койко/ дни	Занятость койки	Функция больничной койки (оборот)	Средняя длительность пребывания больного на койке
2009 год				
Хирургия	13947	464,9	28,8	16,1
Гинекология	3954	380,2	28,2	13,5
Радиология	7958	236,1	8,4	28,0
Химиотерапия	16161	412,3	62,6	6,6
Пульмонология	13504	331,0	36,0	9,2
Кардиология	9315	232,9	19,3	12,0
Терапия	10672	261,6	32,6	8,0
Экстренная хирургия	2450	245,0	34,4	7,1
Глазное	7130	279,6	35,6	7,9
Всего по стационару	85091	315,5	31,7	12,1
2010 год				
Хирургия 2	11114	342,0	23,8	14,4
Хирургия 1	1803	180,3	11,8	15,3
Химиотерапия	18195	404,3	55,3	7,3
Гинекология	4580	334,3	32,2	10,4
Радиология	12187	314,9	12,9	24,4
Отделение общей терапии	1336	178,1	17,7	10,0
Пульмонология	9643	321,4	36,1	8,9
Кардиология	7516	250,5	23,2	10,8
Терапия	7275	242,5	29,6	8,2
Экстренная хирургия	2307	307,6	35,4	8,7
Глазное	5934	317,3	39,9	8,0
Всего по стационару	81890	308,2	30,6	10,1

посещений в смену и стационаром на 245 коек, из них 195 – онкологических, 50 коек – радиологического профиля. В стационаре размещены два хирургических отделения по 40 коек, гинекологическое отделение на 25 коек, радиологическое – на 50 коек, химиотерапевтическое – на 60 коек, а также отделение общей терапии на 30 коек и реанимация на 12 коек. Имеется дневной стационар на 20 коек. Диагностические подразделения: клиничко-диагностическая лаборатория, централизованная цитологическая лаборатория, отделение лучевой диагностики и эндоскопии, патоморфологическая лаборатория и др. Диспансер является клинической базой нескольких кафедр Казахской государственной медицинской академии и факультета усовершенствования врачей при ней, а также медицинского колледжа города Астана.

За 2010 год было госпитализировано 8106 больных (в 2009 году – 9028 больных), то есть на 10,2% меньше, и это составило 98% от общего числа нуждавшихся в лечении. В 2010 году число первичных больных с II клинической группой, взятых на учет и закончивших специальное лечение, составило 917 человек или 73%, тогда как в 2009 г. – 859 (69,0%).

Всего проведено за 2010 год 2026 операций (в 2009 г. – 1103), прооперировано 1655 больных (2009 г. – 990), умерло после операции – 17 случаев (8 случаев – в 2009 г.), частота послеоперационных осложнений составила 0,9% (15 случаев) и по сравнению с прошлым годом увеличилась на 0,4% (2009 г. – 5 случаев или 0,5%). Доля прооперированных составила в 2010 г. 87,0% (в 2009 г. – 94,2%).

Диспансер тесно сотрудничает с республиканскими медицинскими организациями, направляя наиболее тяжелых больных на высокотехнологичную помощь. Так, в 2010 году в КазНИИОиР было направлено на лечение 168 больных (в 2009 году – 124 больных).

В 2010 году планируемое число дней использования койки составило 340, фактически выполнено – 308,2. Основные планово-экономические показатели использования коечного фонда приведены в таблице 1.

Как видно из приведенных данных, показатель занятости койки в динамике незначительно уменьшился: с 315,5 до 308,2 дня, или на 2,3%. Анализ данного показателя по профилям показал, что наиболее эффективно работали койки хирургического профиля, химиотерапии, гинекологии. При этом экономически неэффективны терапевтические койки: кардиологии (в 2009 году – 232,9; в 2010 году – 250,5), отделение общей терапии – 178,1, однако, это новая структура в диспансере.

За отчетный период умерло по стационару 95 больных, из них с онкологическими заболеваниями – 29 больных (30,5%), а 66 – с терапевтическими диагнозами (69,5%). В предыдущем 2009 г. умерло 102 больных, из них 14 – с онкопатологией, что составило 13,7% и 88 больных – лечившиеся в отделениях терапевтического профиля (86,3%). Все случаи разобраны на клинико-патологоанатомических конференциях в диспансере с участием сотрудников кафедр.

Анализ диапазона хирургических вмешательств показал, что в основном это операции, связанные со злокачественными новообразованиями (ЗНО) (табл. 2). Всего прооперировано 157 больных, из них с ЗНО – 91 или почти 58%.

Большое внимание в диспансере уделяется качественным и объемным показателям, характеризующим хирургическую работу. Кроме того, большинство из них (летальность, операционная, послеоперационная летальность, осложнения и др.) являются критериями для проведения внутренней экспертизы.

Показатели работы хирургического отделения 2 в 2009-2010 гг. приведены в таблице 3.

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств

Операции	Всего	При ЗНО
Операции на грудной полости		
Экстирпация, резекция пищевода	8	8
Лобэктомия, билобэктомия легких	3	3
Атипичная резекция доли легкого	4	2
Диагностическая торакоскопия	1	1
Реторакотомия	1	1
Брюшная полость		
Расширенная, комбинированная гастрэктомия	3	3
Релапаротомия	1	1
Гастростома	3	3
ГПДР	1	1
Эндоскопическая тубовариоэктомия	1	1
Операции на молочной железе		
РМЭ по Холстеду-Майеру	1	1
РМЭ по Пирогову-Мадену	12	12
Реконструктивная операция молочной железы (РМЭ по Пирогову с реконструкцией TRAM лоскутом)	1	1
Радикальная резекция молочной железы	20	19
Ампутация молочной железы	2	2
Секторальная резекция молочной железы	25	1
Секторальная резекция молочной железы с экспресс-биопсией	8	3
Ампутация грудной железы	3	-
Операции на голове, шее, мягких тканях		
Экстирпация щитовидной железы	5	1
Гемитериоидэктомия с резекцией перешейка	13	1
Субтотальная резекция щитовидной железы	2	2
Экстирпация щитовидной железы ФФИШК	3	3
Экстирпация, резекция околоушной слюнной железы	5	-
Квадратное иссечение н/губы, ФФИШК	1	1
Наложение трахеостомы	2	2
Ларингэктомия	1	1
Операции на костях, мягких тканях		
Рак кожи	2	2
Меланома кожи	5	3
Иссечение мягкотканной опухоли	16	4
Хондрома	3	-
ГКО	1	-
Редресация коленного сустава	1	1
Некрэктомия	1	1
Экстренные операции	4	4
Всего	157	91

Таблица 3

Основные показатели хирургического отделения №2 в 2009-2010 гг.

	2009 г.	2010 г.
Поступило больных	858	774
Общая летальность	1,0	1,0
Послеоперационная летальность	0,8	0,9
Выполнено койко-дней	13947	11114
Работа койки	464,9	342,0
Средняя длительность пребывания на койке	16,1	14,4
Обороткойки	28,8	23,8
Количество операций	813	823
Из них полостных	269	419
Количество оперированных больных	746	713
Хирургическая активность	85,6	92,7
Послеоперационные осложнения	0,4%	1,5%
Длительность предоперационной подготовки	5,7	3,7
Количество амбулаторных операций	220	-
Экстренные операции	7	8

Как видно из данных таблицы, отделение работает достаточно эффективно. В динамике отмечается высокая хирургическая активность (85,6 и 92,7%), длительность предоперационной подготовки снизилась с 5,7 до 3,7 дня. Использование койки уменьшилось до оптимальных уровней – с 464,9 до 342 дней. Сократилась длительность пребывания больных с 16,1 до 14,4 дня. Но при этом сохраняются высокими показатели послеоперационных осложнений (0,4 и 1,5, соответственно по годам) и послеоперационной летальности (0,8 и 0,9).

Основные показатели хирургической работы отделения №1, которое функционирует с 1 октября 2010 года, показали следующее (табл. 4).

Таблица 4

Показатели хирургической работы хирургического отделения №1

	Всего
Выписано больных	134
Умерло больных	3
Из них после операции	3
Общая летальность	2,2%
Послеоперационная летальность	1,9%
Выполнено койко-дней	1917
План койко-дней	3851
Количество операций	157
Оперировано больных	149
Полостных операций	23
Хирургическая активность	88,4%
Работа койки	180,3
Средняя длительность пребывания	15,3
Обороткойки	11,8
Послеоперационные осложнения	-
Среднее пребывание до операции	4,8
Экстренные операции	4

Как видно из приведенных данных, хирургическая активность по диспансеру составляет 88,4%. Больничная летальность при этом достаточно высокая – 2,2 на 100 прошедших больных. Также достаточно высокой является послеоперационная летальность – 1,9, при этом работа койки недостаточно эффективна – 180,3. Длительность предоперационной подготовки составляет 4,8 дня, что также должно являться предметом экспертной оценки.

Анализ работы отделения экстренной хирургии показал, что при общем числе оперативных вмешательств за год – 180, было прооперировано лишь 166 больных (при этом около 98,0% – экстренно), осложнения были у 4 больных (2,4%), послеоперационная летальность составила 1,2%. Показатель хирургической активности составил всего 67%, средняя длительность предоперационной подготовки – 1,3.

В отделении микрохирургии глаза было проведено 360 операций, прооперировано было 268 больных, хирургическая активность составила 47,8%, средняя длительность предоперационной подготовки составила 1,3 дня.

Все эти показатели были предметом экспертной оценки службы внутреннего аудита, по результатам которой были предприняты меры и разработан план по улучшению хирургической деятельности диспансера: продолжается внедрение новых методик интенсивной терапии и анестезиологического пособия; оказано 20 в/в анестезиологических пособий с использованием воздуховода I-Gel при секторальных резекциях молочной железы; продолжается внедрение методики проводниковых анестезий при операциях на лице (рак верхней, нижней губы, носа, щечной области и т.д.); ис-

пользование методик программированной анестезии с использованием дозаторов во время анестезии способствовало раннему пробуждению пациентов после наркоза, следовательно, раннему переводу в профильное отделение, что в общем повлияло на увеличение оборота койки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29.11.2010 г. №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 годы».

ТҰЖЫРЫМ

ДИСПАНСЕР ШАРТТАРЫНДАҒЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ОНКОЛОГИЯ ҚЫЗМЕТІНІҢ БАҒАСЫ

М.Е. Төлеутаев, К.А. Мусабеков, К.З. Құсайынов
Астана қалалық онкология диспансері

Онкология диспансерінің ішкі аудитін қызметтің жұмысы стационардың хирургиялық бөлімшелерінің жұмысындағы мәселе айқындалуға мүмкіндік берді.

SUMMARY

ESTIMATION OF SURGICAL ONCOLOGICAL SERVICE IN DISPENSER CONDITIONS

M.E. Tuleutaev, K.A. Musabekov, K.Z. Kusainov
Astana City oncological clinic

Expert work of service of internal audit of an oncological clinic has allowed to reveal problems in work of surgical branches of a hospital.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА КОЖИ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

С.А. БАЙДИЛБЕКОВ

Алматынский региональный онкологический диспансер

В структуре онкологической патологии злокачественные новообразования (ЗН) кожи занимают одно из ведущих мест со среднегодовым приростом на 2-3% [1]. В последние годы во многих районах земного шара заболеваемость данной патологией увеличивается и, по мнению некоторых авторов, она даже приобрела характер «бесшумной эпидемии». Ежегодно во всем мире диагностируется от 2 до 3 миллионов случаев заболевания немеланоцитарным раком кожи и более 130 000 случаев злокачественной меланомы.

В Казахстане злокачественные новообразования кожи находятся на 3 ранговом месте в структуре онкопатологии. Показатель заболеваемости раком кожи в 2010 г. составил 17,6 на 100 000 населения [2]. В городе Алматы в 2011 году взято на учет 416 первичных больных раком кожи. Большинство исследователей связывают главную причину роста количества заболевших людей раком кожи с увеличением суммарного времени воздействия ультрафиолетовой части естественного солнечного света на кожу. Рак кожи поражает в основном мужчин, поскольку они больше времени проводят на солнце и по роду деятельности чаще испытывают воздействие дегтя, смол, скипидара, креозота, мышьяка и радиации. Курение способствует возникновению рака кожи в местах, подвергающихся воздействию табачного дыма, – это в основном рот и губы.

С развитием современной модели здравоохранения, ориентированной на профилактику и солидарную ответственность пациента и врача за здоровье, появляется возможность более тщательного обследования больных на догоспитальном этапе, выявления ранних форм рака кожи, который является визуально доступной локализацией. Одновременно важно развитие профилактических мероприятий и широкое внедрение их с целью сокращения заболеваемости этим видом злокачественных новообразований.

Врачу амбулаторного звена и врачам неонкологических специальностей важно знать те опорные симптомы, которые позволяют заподозрить у больного наличие ЗН кожи и своевременно направить больного к онкологу или в специализированный стационар. Наиболее частым вариантом рака кожи является поверхностная форма. Она начинается с одного или нескольких сливающихся безболезненных узелков величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имеет желтоватый или матово-белый цвет и плотную консистенцию. Как правило, в этот период больные к врачу не обращаются. С течением времени опухоль увеличивается в размерах и приобретает вид безболезненной бляшки желтого или серовато-белого цвета с восковидным оттенком, слегка возвышающейся над кожей. Поверхность ее гладкая или шероховатая.