

Данный поход к патологии пищевода исключает наличие эндоскопически «негативных форм» ГЭРБ.

Суточную рН-метрию также нельзя рассматривать в качестве «золотого стандарта» диагностики ГЭРБ, так как у большей части больных показатели рН-метрии могут быть нормальными. По данным Ивашкина В.Т. суточная рН-метрии дает нормальные показатели у 14-29% больных с эндоскопически подтвержденным эзофагитом, т.е. у 14-29% имеет место щелочной эзофагит, вызванный щелочным составом рефлюксата (желчь и панкреатические соки). Налицо потеря «золотых качеств» и рН-метрии.

Желудочная манометрия оценивает только механическое состояние нижнего желудочного сфинктера и перистальтику желудка, но не обеспечивает никакой прямой информации относительно гастроэзофагеального рефлюкса и эзофагита.

Чувствительность рентгенологического исследования также невелика и позволяет определить лишь наличие уже имеющихся органических изменений (хиатальные грыжи, эрозии, язвы, стриктуры пищевода).

Все вопросы относительно наличия или отсутствия ГЭРБ снимает гистологическое исследование эзофагобиоптата. Для ГЭРБ обязательно наличие эзофагита. Гистологическими признаками эзофагита являются: нейтрофильная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода и увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов. При этом одним из ранних признаков эзофагита является ее эозинофильная инфильтрация, появление которой связано с раздражением дистального отдела пищевода вызываемого рефлюксом. Считаем целесообразным, для постановки диагноза ГЭРБ гистологическое его подтверждение, которое сегодня должно являться «золотым стандартом» диагностики этого заболевания. Наличие клиники заболевания и гистологическое подтверждение воспаления пищевода является бесспорным в постановке диагноза ГЭРБ.

О СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМАХ ВЫЯВЛЕНИЯ, РЕГИСТРАЦИИ И УЧЕТА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) В РОССИИ

Чекушин Р.Х., Медведева Н.Л.

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ, МУЗ Городская поликлиника № 20, Кемерово

Возникшая в начале 90-х годов прошлого столетия в России эпидемия инфекций, передаваемых путем, по масштабам не имеющая аналогов в индустриальных странах, сохраняется по настоящее время. ИППП занимают значительное место среди инфекционной патологии и вызывают в целом по России у 2,5% населения воспалительные изменения мочеполовых органов [5]. Основными причинами распространения ИППП среди населения являются социальные и экономические условия, возникшие в стране в последние десятилетия, недостаточное финансирование эффективной медицинской помощи, в том числе и для проведения противоэпидемической работы [3,4].

Как известно, основой для динамического анализа и решения сложных задач по контролю за ИППП является официальная статистика. Поэтому на современном этапе важным становится повышение эффективности учета заболеваемости.

На каждый законченный случай обращения за медицинской помощью заполняется статистический талон, а на инфекции социального характера (ИППП, туберкулез) еще и специальная учетная форма. С 1 сентября 2000г. согласно приказу МЗ РФ от 7 августа 2000г. № 400 введена отчетная форма № 089/у - 00 «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок и др.». Извещение составляется в каждой медицинской организации, независимо от ведомственной подчиненности и направляется в территориальный орган санэпиднадзора. Дубль извещения направляется в специализированное учреждение по месту жительства больного.

В настоящее время появилось большое количество негосударственных учреждений по анонимному обследованию на ИППП и их лечению, для которых в перечне лицензионных требований и условий, предусмотренных Положением о лицензировании медицинской деятельности (Постановление правительства РФ № 402 от 21. 05. 01.), нет прямого указания, предоставлять отчетность о выявленной патологии учреждениям медицинской статистики. Кроме того, в приказе МЗ РФ № 400 о введении учетной формы № 089/у – 00 не сказано о ее заполнении при выявлении ИППП частными медицинскими службами.

Немаловажную роль в проблеме с регистрацией и учетом ИППП играет и то, что частные структуры не обеспечены лабораторно – диагностическим оборудованием и кадрами соответствующего профиля, прием больных проводится без соблюдения нормативных документов, медицинских стандартов. Деятельность не сертифицированных лабораторий не позволяет во многих случаях установить такие диагнозы как хламидиоз, генитальный герпес и др. Объем производства отечественных тест – систем не удовлетворяет потребностей здравоохранения, не соответствует современным требованиям. [1]

Значительное число и торпидное течение большинства ИППП, минимальные или стертые формы клинической картины инфекционно – воспалительных заболеваний урогенитального тракта создают определенные трудности в диагностике и санации этой категории больных.

Практикуемый безрецептурный отпуск антибиотиков аптечной сетью с рекламой их использования, создающей иллюзорное представление о легкости излечения сифилиса и других ИППП, потворствует самолечению и вовлечению в эту деятельность непрофессионалов[4].

Учитывая данные обстоятельства, необходимо признать факт недоучета истинных показателей заболеваемости ИППП. Наиболее часто данная ситуация проявляется в крупных городах, где одновременно функционируют большое количество разных по формам собственности предприятий хозрасчетной и коммерческой медицины. Происходит это ввиду практи-

чески полного отсутствия документов регламентирующих работу государственных и частных клиник.

В связи с этим есть необходимость координации работы бюджетных и коммерческих звеньев здравоохранения больших городов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубанова А. А. и др. Особенности выявления заболеваний, передаваемых половым путем, у женщин, обратившихся в кабинеты анонимной диагностики // Вестник дерматологии и венерологии. 1998. № 1. С 21 – 23.

2. Кулаков В. И., Данилишина Е. И., Чичерин Л. П. Охрана здоровья женщин и детей // Здоровье России. XX век./ Под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ГЕОТАР – МЕД., 2001. С 125 – 173.

3. Кунгуров Н. В., Хальфин Р. А., Сырнева Т. А., Марченко Н. В. Опыт организации борьбы с сифилисом в субъекте Российской Федерации. – Екатеринбург, 2002. – 249с.

4. Мавров И. И. Половые болезни. – М., 2002. – 752с.

5. Павлова Ю. Н. Оптимизация профилактики ИППП/ВИЧ среди работниц секс – бизнеса в условиях крупного промышленного центра сибиря: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2004. 23с.

К ВОПРОСУ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПЛАСТМАССОВЫМИ ТРУБКАМИ

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к успеху лечения больных с различными видами непроходимости пищевода, относится наличие способов восстановления пассажа пищи по просвету этого органа на любом уровне локализации патологического процесса. Известно, что аутопластика пищевода желудком, тонкой и толстой кишкой проксимальнее от среднего его отдела крайне затруднена, а верхней трети просто невозможна. Однако раковые, рубцовые и другие виды сужений именно этих частей пищевода встречаются довольно часто, при этом единственным способом обеспечения питания у них считают гастростому, что делает жизнь этих больных предельно дискомфортной до последних минут существования. В 60 - 70 годах прошедшего века данную проблему ряд авторов пыталось решить путем разработки различных способов протезирования пищевода пластмассовыми трубками (в те годы эти операции именовались аллопластикой). С 1950 года по 1966 год протезирование пищевода отечественными и иностранными авторами было выполнено у 122 больных раком пищевода, из которых благоприятный исход лечения был получен у 81 пациента (66,4%). Продолжительность жизни больных после данной методики операции составила от 1 месяца и до 2,5 лет. Одновременно различными исследователями были проведены многочисленные исследования на животных. Подобные эксперименты были проведены и нами на 35 собаках. Во всех опытах в качестве протезов применялись полиэтиленовые

трубки, причем в 15 случаях была использована лишь одна трубка длиной от 4 до 14 см и диаметром 16 мм с толщиной стенки 0,4 - 0,6 мм, а в остальных 18 случаях - две трубки, одна из которых (внутренняя) выполняла роль протектора (строение было аналогичным как и у описанной выше трубки), а вторая же помещалась сверху первой и по своему назначению являлась постоянным протезом (длина ее была от 6 до 16 см, диаметр - 20 мм, толщина стенки - 0,2 мм). У второй трубки было от 4 до 12 боковых окон диаметром 0,5 см (для прорастания грануляций). В 25 опытах между трубками помещалась ксеноткань (серозно-мышечная оболочка тонкой кишки свиньи). Из 33 собак лишь одна благополучно перенесла операцию и была умерщвлена через 2,5 года с целью изучения характера гистологического строения ткани в зоне протезирования. Остальные 32 собаки погибли через 1 - 6 суток после операции от следующих причин: от быстро развившегося ателектаза легких и гидроторакса - 28, от гнойного медиастинита - 3, от кровотечения - 1. Основной причиной неудач послужили трудности в послеоперационном уходе за животными - осложнение развивалось после начала кормления животного, при этом у них невозможно было избежать мощных глотательных движений. Выжило только животное, у которого была наложена гастростома, через которую ему в течение 2 недель проводилось питание в фиксированном положении. Это способствовало укреплению протеза в тканях средостения - эзофагоскопия через 3 недели после операции показала, что внутренняя трубка мигрировала, а через окна наружной трубки в ее просвет выступали грибовидной формы красные грануляции. Рентгенография осуществленная через 3 месяца после операции засвидетельствовала то, что трубка все еще находится в тканях средостения. При вскрытии же животного этой трубки уже не обнаружено. На месте бывшего протеза на протяжении 8 см находилась рубцово - слизистая трубчатая ткань с элементами мышечной ткани в виде тяжей разной длины и ширины. Следовательно, обеспечение должного ухода за собакой позволило достигнуть желаемого результата протезирования пищевода, при этом внутренняя трубка выполнила роль первичного каркаса для тканей в области дефекта пищевода, а вторая - поддерживала это состояние до развития зрелой рубцовой ткани. Срок миграции наружной трубки превышал 3 месяца после операции. Повидимому к этому сроку эксперимента уже отпала угроза развития рубцового стеноза в области протяженного циркулярного дефекта пищевода.

Несмотря на столь малоблагоприятные результаты экспериментальных исследований по протезированию пищевода, можно заключить следующее, что прогноз лечения напрямую зависит не от методики операции, а от скрупулезности ухода за животным во все сроки эксперимента. Конечно, у человека этот уход можно обеспечить более надежно, а значит и прогноз лечения будет более обнадеживающим. Об этом свидетельствуют имеющиеся клинические наблюдения. Исходя из этого можно с полной уверенностью утверждать то, что метод протезирования пищевода неоправданно забыт, и что он все же имеет реальные возможности занять должное место в хирургии пище-