

ментозных препаратов, отказ от курения и соблюдение диеты способны повысить контроль данной патологии. Ишемическая болезнь сердца, равно, как и хроническая сердечная недостаточность так же ухудшают прогноз для хирургических больных. Оказывая прямое и опосредованное влияние на артериальное давление, сосудистый тонус, движение внеклеточной жидкости, обмен веществ и скорость регенеративных процессов эти патологии требуют тщательной диагностики и высокого уровня медикаментозного контроля препаратами различных групп, среди которых антикоагулянты, статины, фибраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов, венотоники и др.

Таким образом, становится очевидным факт, что подготовка больного к оперативному вмешательству, а также его консервативное ведение в раннем и позднем послеоперационном периоде — важнейших момент комплексного процесса реабилитации пациента. Тщательная диагностика с использованием инструментальных и лабораторных методов в динамике, необходимые консультации смежных профильных специалистов, с осторожностью и всей ответственностью подобранные медикаментозные назначения, оценка степени их эффективности, грамотная своевременная коррекция, и, конечно же, искреннее желание врача помочь своему пациенту вернуться к нормальному образу жизни — способны сделать то, что иногда называют чудом.

N.K. Baziyani-Kukhto, A.A. Ivanenko, A.P. Kukhto, Yu.G. Lutsenko, V.Yu. Avramenko, V.S. Teleshov

KEY ASPECTS OF DRUG THERAPY IN VASCULAR SURGEON

Abstract. *Drug therapy of patients with chronic obliterating diseases of the lower extremities is one of the most pressing issues of modern vascular surgery. Since*

often a patient requiring reconstructive surgery has comorbid conditions in the form of diabetes mellitus, coronary heart disease, chronic heart failure, it is very important to reduce the vascular risk and control the atherosclerotic process, which can sometimes be achieved with difficulty in this group of patients. This article discusses the main aspects of drug therapy in vascular surgery at the preoperative and postoperative stages.

Keywords: *atherosclerosis, diabetes mellitus, occlusion, coronary heart disease, anticoagulant, statins, antibiotics, purulent inflammation, thrombosis, bleeding, reconstructive surgery.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Винник, Ю.С. Современные методы лечения гнойных ран / Ю.С.Винник, Н.М.Маркелова, В.С.Тюрюмин // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 1. – С. 18-24.
2. Киселев А.Р., Гриднев В.И., Караваев А.С., Посненкова О.М., Пономаренко В.И., Прохоров М.Д. и др. Оценка пятилетнего риска летального исхода и развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с острым инфарктом миокарда на основе синхронизации 0,1 Гц ритмов в сердечно-сосудистой системе. Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. №2. С. 38.
3. Лосев Р.З., Куликова А.Н., Тихонова Л.А. Современные взгляды на диабетическую ангиопатию нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. 12: 1: С.25–31.
4. Ревишвили А.Ш., Шляхто Е.В., Замятин М.Н. и др. Особенности оказания экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам, получающим прямые оральные антикоагулянты. Согласительный документ междисциплинарной группы экспертов. Вестник аритмологии. 2018; 92: С. 59–72.
5. Светухин, А.М. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. 50 лекций по хирургии (под ред. акад. Савельева В.С.). / А.М.Светухин, Ю.А.Амирасланов // М., «Медиа Медика». – 2003. – С. 335-344.
6. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Низкомолекулярные гепарины: возможности применения. Кардиология. – 1995; 10: С. 86—90.
7. Matyas L, Schulte KL, Dormandy JA, Norgren L, Sowade O, Grotzbach G, et al. Arteriogenic gene therapy in patients with unreconstructable critical limb ischemia: a randomized, placebo-controlled clinical trial of adenovirus 5-delivered fibroblast growth factor-4. Human Gene Therapy. – 2005.16(10):p.1202-1211.
8. Whayne TF. A review of the role of anticoagulation in the treatment of peripheral arterial disease. Int J Angiol. –2012 Dec;21(4): p. 187-194.

УДК 616.248-07-06-037-053.2

¹ И.М. Островский, ² Е.С. Дмитриева, ² Т.В. Ленарт, ² Ю.В. Зиборова

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ — ДИНАМИКА ЗА 10 ЛЕТ

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,

² Республиканская детская клиническая больница МЗ ДНР, г. Донецк

Резюме. *Целью работы явился анализ ошибок, допущенных в диагностике и терапии бронхиальной астмы педиатрами первичного звена. Заболеваемость детей бронхиальной астмой в*

ДНР с 2017 года неуклонно снижается. Проведен сравнительный анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в клинике по поводу бронхообструктивного синдрома в 2012–2013 гг.

(ОДКБ) и в 2017 и 2021–2022 гг. (РДКБ). Выявлено, что за последние 5 лет увеличились: возраст дебюта БА; количество больных, поступающих экстренно; количество своевременно направленных в клинику для установления диагноза. Педиатры при выведении больного из обструкции не пользуются рекомендуемым алгоритмом оказания помощи; часть детей с БА не получают необходимой базисной терапии

Ключевые слова: бронхиальная астма, диагностика, лечение, дети

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) — это заболевание, с которым приходится сталкиваться любому педиатру, а своевременность установки диагноза и, соответственно, адекватность терапии, влияют на качество жизни больных детей. Статус республиканской детской больницы обязывает сотрудников анализировать качество оказываемой помощи на предыдущих уровнях здравоохранения. Кафедра педиатрии №1 регулярно, примерно раз в пятилетие, проводит анализ ошибок, допущенных в диагностике и терапии БА педиатрами первичного звена, затем на Днях педиатра выводы кафедральных работников доводятся до сведения всех заинтересованных лиц. Подобный анализ ранее проводился нами в 2008, 2013 и 2017 гг. [1, 2, 3].

Заболеваемость детей БА в ДНР с 2017 года неуклонно снижается (см. рис. 1), тем не менее вопросы диагностики и лечения детей, страдающих этим заболеванием, по-прежнему актуальны.

Цель работы. Оценка качества оказания медицинской помощи детям с бронхообструктивным синдромом (БОС) на первичном уровне педиатрической службы Республики.

Материал и методы исследований. Проанализировано 44 историй болезни детей, поступивших в РДКБ в конце 2021 — начале

2022 года с бронхообструктивным синдромом (I группа). Полученные данные сравнивали с аналогичным собственным анализом 96 историй болезни детей, находившихся на лечении в РДКБ по поводу БОС в 2017 году (II группа) и 83 историй ОДКБ с октября 2012 г. по март 2013 г. (III группа).

При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Достоверность разницы относительных величин рассчитывали по таблице «Критические значения коэффициента Стьюдента (t-критерия) для различной доверительной вероятности при числе степеней свободы f».

Результаты и обсуждение. Проанализировано 44 историй болезней детей, поступивших в конце 2021 — начале 2022 гг. в РДКБ по поводу (БОС).

Диагноз БА у 4 детей был установлен до поступления, у 30 детей — при последнем поступлении (из них у 19 — дебют). Еще у 8 детей констатировали риск БА. У одного ребенка диагностирована пневмония, еще у одного — рецидивирующий бронхит.

Планово (для коррекции терапии, установления диагноза) поступили 22 пациента (57 в 2017 г); 20 больных (23 в 2017 г) поступили с выраженными явлениями БОС. Таким образом, поступивших с выраженным БОС в I группе 47,6±7,71%, что достоверно больше, чем во II группе — 28,8±5,07 (p<0,05).

В первой группе возраст установления диагноза при последнем обращении составил 7 лет 3 месяца, тогда как во второй группе он был равен 4 годам 8 месяцам (различия статистически не значимые). В I группе средняя продолжительность БОС — 17 месяцев. 14 детей направлены в клинику через 6 и более месяцев от появления первых

симптомов, что можно считать пролонгацией в установлении диагноза. У 7 детей диагноз установлен через 3 и более лет от начала, при этом диагноз БА до госпитализации в клинику выставлен только четверым.

Своевременно (до 6 месяцев от первого эпизода) направлены в клинику 24 ребенка I

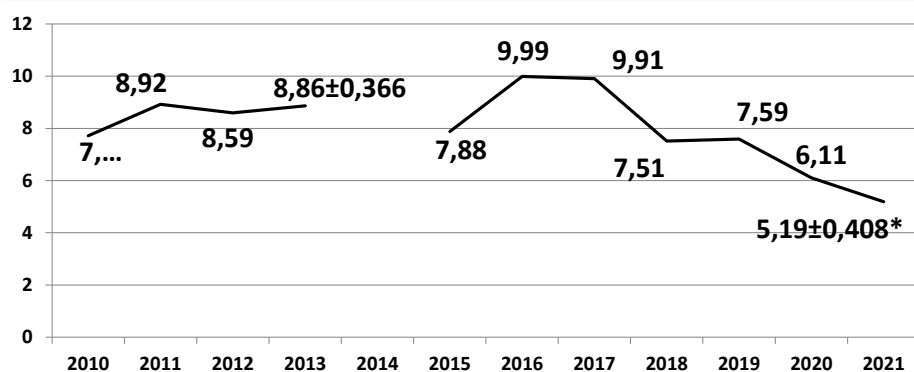


Рис. 1. Заболеваемость детей БА в Донбассе

Примечание: * — достоверное различие с 2013 г.

Таблица 1. Оценка диагностики и терапии БА в ДНР

Город	Поздняя диагностика (2012–2013гг)			Поздняя диагностика/неадекватная терапия (2021–2022 гг)		
	Всего историй	Абс.	%%	Всего историй	Абс.	%%
Донецк	15	4	22,2	8	2/1	25/12,5
Амросиевка	–	–	–	2	–	–
Горловка	6	5	83,3	1	1/0	100/0
Дебальцево	8	7	87,5	–	–	–
Енакиево	12	5	41,7	6	2/3	33,3/50,0
Ждановка	–	–	–	2	1/2	50,0/100
Кировское	15	6	40,0	4	0/2	0/50,0
Комсомольское	–	–	–	2	1/0	50,0/0
Макеевка	16	10	62,5	8	4/3	37,5/37,5
Новоазовск	–	–	–	2	1/0	50,0/0
Снежное	5	3	60,0	3	0/3	0/100
Старобешево	–	–	–	1	1/0	100/0
Шахтерск–	–	–	–	1	1/0	100/0
Ясиноватая	6	2	33,3	–	–	–
Всего	83	42	50,6±5,49	42	14/13	36,8±7,83 p<0,001/30,95

группы (63,2±7,83%), в среднем через 2 месяца от появления БОС.

Несвоевременно направлены, соответственно, 14 детей (36,8±7,83%), что существенно меньше, чем было в 2017 году (75,0±4,84%, p<0,001), и лучше, чем в Донецкой области 10 лет назад. (50,6±5,49%, p<0,001)

У 13 детей I группы в лечении на доклиническом уровне допущены ошибки. Так, из 4-х детей с установленной ранее астмой только один получал базисную терапию! 10 больных получали антибиотики, причем 9 — без должных оснований (3 амбулаторно, 6 — в стационаре). 9 детей получали эуфиллин (5 — без оснований), дексаметазон получали 15 детей, (10 — без оснований, 5 вообще амбулаторно)! В 2013, 2017 гг. эти показатели не анализировали.

Проведен сравнительный анализ качества работы первичного звена разных городов I и III групп. Для большей объективности сравнения из разработки за 2012–2013 гг. были исключены истории детей из городов, не входящих ныне в ДНР (табл. 1). Как видно из таблицы, в целом наблюдается положительная динамика и по городам: основные «поставщики» БА (Макеевка, Кировское и Енакиево — улучшили свои показатели).

Обращает на себя внимание еще один факт — большое количество поступлений из Кировского. Как оказалось, в этом городе один из самых больших показателей

распространённости БА в ДНР. На сегодня он равен 125,9 на 10000. Для сравнения — в Донецке распространённость — 108,5 на 100000. Причина, по-видимому, как и во всем Донбассе, заложена в особенностях экологии местности.

Выводы. Возраст дебюта БА за последние 5 лет увеличился вдвое (с 4 до 8 лет). Количество больных, поступающих экстренно, за последние 5 лет также увеличилось вдвое. Количество несвоевременно направленных в клинику для установления диагноза, за 5 лет вдвое уменьшилось.

Третья часть врачей первичного звена при выведении больного из обструкции не пользуются рекомендуемым алгоритмом оказания помощи, а используют сразу весь арсенал — ингаляции беродуала и пульмикорта, инфузии дексаметазона и эуфиллина. Часть детей с БА не получают необходимой базисной терапии.

Причина высокой распространённости БА в г. Кировское требует оценки экологической ситуации в городе и окрестностях.

I.M. Ostrovskiy, E.S. Dmitrieva, T.V. Lenart, U.V. Ziborova

MISTAKES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN — DYNAMICS OVER 10 YEARS

Summary. The aim of the work was to analyze the mistakes made in the diagnosis and treatment of bronchial asthma by primary care pediatricians. The incidence of bronchial asthma in children in the DPR has been steadily decreasing since 2017. A comparative analysis of the case histories of children who were treated at the clinic for broncho-obstructive syndrome

in 2012–2013 (Regional Children's Clinical Hospital) and in 2017 and 2021–2022 (Republican Children's Clinical Hospital) was carried out. It was revealed that over the past 5 years have increased: the age of onset of bronchial asthma; the number of patients admitted urgently; the number of timely referred to the clinic for diagnosis. When removing a patient from obstruction, pediatricians do not use the recommended algorithm for providing assistance; some children with asthma do not receive the necessary basic therapy.

Key words: bronchial asthma, diagnosis, treatment, children

ЛИТЕРАТУРА

1. Островский И.М., Прохоров Е.В., Ленарт Т.В., Бельская Е.А., Толстикова Е.А. Бронхиальная астма и пособие по инвалидности. //Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти/ Збірник наукових праць, присвячений пам'яті професора Ю.М.Вітебського. – Донецьк: Норд-Пресс, 2008. – С. 96-99
2. Прохоров Е.В., Острополец М.С., Островский И.М., Е.А.Толстикова, Е.Н.Бурбело. Тактика интенсивной терапии бронхообструктивного синдрома у детей//Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти/ Збірник наукових праць, присвячений пам'яті професора Ю.М.Вітебського. – Донецьк: Норд-Пресс, 2009. – С.65-67
3. Головки Т.И., Островский И.М. Ошибки в диагностике и тактике ведения детей с бронхиальной астмой (по данным стационара ОДКБ).../ Збірник наукових праць, присвячений пам'яті професора Ю.М.Вітебського: (VIII випуск). – Донецьк: Норд-Пресс, 2013 – С.261-263

УДК 614.253.1/58+613.648.1

В.А. Бондаревский-Колотий

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ПОДВЕРГАЮЩЕГОСЯ ДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

Реферат. Проведено исследование условий труда медицинского персонала диагностического и хирургического профиля, подвергнутого воздействию ионизирующего излучения, в соответствии с нормативными документами, используемыми в ДНР и РФ. Показаны различия в методиках проведения аттестации рабочих мест и специальной оценки условий труда.

Ключевые слова: ионизирующее излучение, условия труда, врач-рентгенолог, рентгенолаборант, врач-анестезиолог, интервенционные хирурги

Введение. Современную медицинскую практику невозможно представить себе без оборудования, в котором используются источники ионизирующего излучения. Диагностические и хирургические отделения постоянно оснащаются все более новой и высокотехнологичной электронной и оптической аппаратурой. Разрабатываются новые методики проведения вмешательств с использованием этой техники, а следовательно, увеличивается и численность медицинского персонала, подвергнутого воздействию вредных факторов, создаваемых этим оборудованием. При этом на работников воздействует целый комплекс неблагоприятных производственных факторов [1–3]. Для медицинского персонала, работающего в условиях воздействия ионизирующего излучения, выделяются общие профессиональные факторы риска: воздействие физических, химических, биологических и психофизиологических факторов

(психоэмоциональное, интеллектуальное и информационное напряжение, длительная статическая нагрузка, локальное перенапряжение отдельных групп мышц).

Качество и эффективность труда медицинских работников во многом зависят от условий труда и состояния их здоровья. Проблема состояния условий труда и ее оценки остается одной из актуальнейших в гигиене и медицине труда.

Цель работы: комплексная гигиеническая оценка условий и характера труда медицинского персонала, работающего в условиях воздействия ионизирующего излучения.

Материалы и методы исследований. Было проведено комплексное сравнительное исследование факторов производственной среды и трудового процесса на рабочих местах врачей, среднего и младшего медицинского персонала, работающего в условиях воздействия ионизирующего излучения (ИИ), в Донецком клиническом территориальном медицинском объединении (ДОКТМО).

Для корректной оценки все исследуемые группы медицинского персонала, работающего в условиях воздействия ИИ, были условно поделены на диагностическую и хирургическую подгруппы. Данное разделение было выполнено вследствие особенностей использования ИИ. В диагностическую подгруппу