

но, с поздним забором и доставкой материала от контактных в бактериологические лаборатории ЦГСЭН из очагов дифтерии, на что следует обратить особое внимание.

Анализ последних десятилетий показывает, что 86% больных поступают в инфекционные стационары на поздних сроках (на 5—8-й день болезни). Так, больной П., 22 лет, из г. Нижнекамска (1982) был госпитализирован лишь на 35-й (!) день болезни. 80% больных обращаются к врачу на 2—3-й дни болезни.

Из 50 больных (1981—1992) были выданы больничные листы по поводу фолликулярной или лакунарной ангины, и только 7 больных направили с указанным диагнозом в инфекционные стационары на диагностические койки (в Альметьевске — одного, в Набережных Челнах — одного, в Казани — двух, в Нижнекамске — трех). В 1996 г. при первичном обращении больных с дифтерией диагноз ангины был поставлен в 53,9% случаев, дифтерии — в 33%, паратонзиллярного абсцесса — в 3,4%, прочее — в 9,5%.

В последние 12 лет (1981—1992), как и в предыдущие годы, весьма высок процент субтоксических и токсических форм дифтерии (34,7%).

В 1994—1996 гг. среди клинических форм стали преобладать локализованная дифтерия зева — 63,9%, субтоксические и токсические формы дифтерии составили 23,5%. Таким образом, население в 2,7 раза реже стало болеть токсической и субтоксической формами дифтерии зева.

Из числа заболевших дифтерией дети составили 40%, взрослые — 60% (1996). Среди взрослых, заболевших дифтерией, возросла доля лиц, привитых против дифтерии. Их удельный вес в 1996 г. достиг 63,7% (в 1995 г. — 49,3%). Среди детей, заболевших дифтерией, были привиты все, за исключением одного ребенка в связи с отказом его родителей от прививки.

За 1992—1996 гг. в РТ было зарегистрировано 27 (3,9%) летальных исходов, в том числе 8 (4%) среди детей.

В результате поздней диагностики дифтерии врачи-эпидемиологи не могут своевременно проводить (полные и исчерпывающие) противоэпидемические мероприятия (Казань, Нижнекамск, Кайбицкий, Высокогорский и Заинский районы). В 1994—1996 гг. имели место очаги дифтерии с 2—3 случаями заболевания (Казань, Набережные Челны, Нижнекамск, Высокогорский и Чистопольский районы).

Важной задачей остается стационарирование больных с гнойными ангинами. На 1 января 1997 г. по РТ было госпитализировано 17039, или 24,9% таких больных (в 1995 г. — 23,9%). Бактериологическое обследование прошли 94,3% заболевших (в 1995 г. — 92,2%).

Низкий процент госпитализации в 1996 г. оставался в Агрызском, Аксубаевском, Альметьевском, Бугульминском, Дрожжановском, Заинском, Зеленодольском, Лениногорском, Менделеевском, Нижнекамском, Пестречинском, Тукаевском и Чистопольском районах (от 12 до 21%), в г. Казани он составил 3,7%.

В целом по РТ (по данным формы 6 — приложение) законченный вакцинальный комплекс против дифтерии в 1996 г. получили 71,2% детей в возрасте до одного года (в 1995 г. — 59,8%), в возрасте 3 лет ревакцинированы 96,4% (в 1995 г. — 92,9%). Охват взрослого населения по РТ составляет 96,3%. В ряде районов (Лаишевский, Менделеевский, Сабинский) процент охвата прививками взрослого населения остается низким. Недостатки в иммунопрофилактике дифтерии приводят к снижению коллективного иммунитета населения. Так, процент серонегативных к дифтерии по РТ составил в 1990 г. 19%, в 1992 г. — 20,3%, в 1996 г. — 15,8%.

В целях снижения заболеваемости и исключения очагов дифтерии необходимо провести следующие мероприятия:

— усилить эпиднадзор за дифтерией;

— обеспечить уровень привитости детей первого года жизни против дифтерии (законченная вакцинация) до 90%, охватить детей до 3 лет первичной ревакцинацией до 90%, подростков до 16 лет возрастными ревакцинациями (6, 11) до 95—97% и взрослых до 90%;

— оперативно и целенаправленно проводить контроль уровня иммунитета в различных группах населения, по его результатам корректировать объемы профилактических прививок (по РПГА);

— по эпидпоказаниям организовать массовые обследования на носительство токсигенных коринебактерий дифтерии в школах-интернатах, закрытых спецшколах, ПТУ, общежитиях студентов;

— проводить обязательную однократную 100% бактериологическую диагностику на дифтерию у больных ангинами с гнойными наложениями (лакунарной, фолликулярной, флегмонозной, язвенно-некротической, а также у больных с заглоточными абсцессами) и расширить объем их провизорной госпитализации;

— активизировать санитарно-просветительную работу, направленную на профилактику дифтерии.

УДК 362.11:616—058.9:353.2(470.57)

Р.Ш. Хасанов (Уфа). Роль Республиканской детской клинической больницы в улучшении хирургической помощи сельскому населению

Экстренная хирургическая помощь детскому населению в 5 городах Башкортостана, в которых находятся детские хирургические отделения, круглосуточно оказывается только детскими хирургами. В 38 (64,8%) районах ЦРБ и 15 (75%) городах республики экстренная помощь детскими хирургами оказывается только в дневное время, в ночное же время — и детскими, и общими хирургами, а в 19 (35,1%) ЦРБ — только общими хирургами. Указанные особенности создают определенные трудности в организации экстренной хирургической помощи детскому населению и отрицательно сказываются на результатах лечения. Поэтому в республике регламентирован объем

хирургической помощи (плановые и экстренные операции) в зависимости от оснащенности ЦРБ и квалификации детского хирурга и анестезиолога. Наиболее тяжелый контингент детей, нуждающихся в сложных оперативных вмешательствах, больные с легочной патологией, заболеваниями печени и желчных путей, толстой кишки, опухолями различной локализации, а также новорожденные оперируются только в РДКБ. В сложных диагностических случаях в экстренном порядке приглашается консультант из РДКБ. Всех больных для повторных хирургических вмешательств переводят из районов для продолжения лечения в РДКБ по принципу "эвакуации на себя". За последние 5 лет были переведены 283 ребенка с перитонитом и его осложнениями.

В РДКБ функционируют 14 отделений: плановой и экстренной хирургии (на 80 коек), уро-нефрологии (60 коек), ЛОР-заболеваний (60 коек), челюстно-лицевой хирургии (40 коек), анестезиологии и реанимации (17), искусственной почки и гравитационной хирургии, консультативная поликлиника. В 1993 г. открыто отделение трансплантации органов. В настоящее время хирургическую помощь детям оказывают квалифицированные детские хирурги, урологи, анестезиологи, имеющие высшую и первую квалификационную категории. РДКБ является клинической базой трех кафедр БГМУ, в том числе кафедры детской хирургии с ортопедией и анестезиологией.

Ежегодно диагностическое и оперативное вмешательство получают более 2900 детей с различными хирургическими заболеваниями из районов и городов республики. Объем диагностических исследований в последние 4—5 лет значительно расширился. Наряду с традиционными клинико-лабораторными и рентгенологическими методами выполняются эндоскопические, ультразвуковые исследования, компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Использование современных методов позволяет выбрать оптимальный способ лечения.

Накопление клинического опыта, а также применение в последние годы современного видеэндоскопического оборудования и инструментов фирмы "Olympus" позволили значительно расширить круг эндоскопических вмешательств как в неотложной, так и в плановой хирургии. Так, в течение последних двух лет выполнялись самые разнообразные операции: эндоскопическое вмешательство на органах брюшной полости (181), лапароскопические аппендэктомии (33), холецистэктомии (41), эхинококкэктомии печени (14), пилоромии (4), удаление дивертикула Меккеля (3), рассечение спаек (9), лапароскопическая санация перитонита (23), торакоскопические вмешательства (53). Одними из первых мы выполнили у детей торакоскопическую лоб- и пульмонэктомию при хронических нагноительных заболеваниях легких. Как показывает наш небольшой опыт, в связи с уменьшением операционной травмы и благоприятным послеоперационным периодом перспективы развития эндохирургии весьма реальны.

Определенные успехи достигнуты в лечении внепеченочной формы портальной гипертензии, осложненной желудочно-кишечным кровотечением. При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение суток у 12 детей проводились сосудистые шунтирующие операции (спленоренальные и мезентериокаваальные анастомозы).

Современная урология располагает в последние годы новыми методами обследования и лечения больных. Впервые в республике в 1996 г. была успешно проведена пересадка трупной почки девочке 9 лет, страдавшей хронической почечной недостаточностью. У 4 детей выполнена аутотрансплантация почки при мегауретере.

В РДКБ ежегодно госпитализируют более 100—120 новорожденных с пороками развития, травматическими повреждениями с гнойными инфекциями и опухолями. В поликлинике РДКБ детские хирурги ежегодно консультируют более 22 тысяч детей с хирургическими заболеваниями, прибывших из сельских районов республики. С открытием в октябре 1989 г. реанимационно-консультативного центра (РКЦ) в РДКБ консультативная помощь и транспортировка больных существенно улучшились. В настоящее время перед РКЦ стоят следующие задачи: 1) организация экстренной специализированной консультативной помощи с привлечением специалистов РДКБ; 2) решение вопросов экстренной госпитализации пациентов из стационаров республики; 3) проведение транспортировки детей с экстренной хирургической патологией в РДКБ; 4) оперативный контроль за состоянием нетранспортабельных больных в отделениях реанимации стационаров в РБ; 5) повышение квалификации медицинского персонала городов и районов республики по вопросам интенсивной терапии.

Работа РКЦ основана на применении ультразвуковой консультативной автоматизированной системы (УКАС) с использованием формализованного бланка и истории болезни консультируемого ребенка. В РКЦ круглосуточно работают анестезиолог-реаниматолог и медицинская сестра-диспетчер. При необходимости организуется консультация соответствующих специалистов и принимается тактическое решение об эвакуации больного, способе его транспортировки. За последние 5 лет по линии РКЦ консультировано 740 детей с различными хирургическими заболеваниями. Ежегодно осуществляется 100—125 выездов специалистов РДКБ для оказания неотложной помощи и эвакуации больных с различными заболеваниями.

Совершенствование детской хирургической службы в республике привело к определенным положительным результатам. В течение последних 5 лет число летальных исходов ежегодно снижалось. Так, летальность при остром аппендиците и перитоните в республике снизилась с 3,3% в 1992 г. до 0,01 в 1995 г., а в 1996 г. случаев смерти от перитонита вообще не отмечалось. В РДКБ летальность от перитонита не наблюдалась в течение последних трех лет. Считаем, что улучшение и приближение специализированной хирургической помощи к сельскому населению являются важными показателями деятельности РДКБ.