

Фармакоэкономические затраты на лечение больных с тяжёлым течением язвенной болезни в 1,6 раза превышают затраты для лечения больных с лёгкой и средней степенью заболевания. Аналогичные тенденции наблюдаются как для общей стоимости заболевания, прямых и непрямых затрат, так и для отдельных статей.

Литература

1. Аршин Л.И. Структурные и гистохимические изменения слизистой оболочки двенадцатипёрстной кишки при язвенной болезни / Л.И. Аршин, В.С. Горюшинская // Терапевтический архив. – 1986. – Т. 49. – 33. – С. 9–15.
2. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / В.Х. Василенко. – М., 1985. – 255с.
3. Колесникова И.Ю. Качество жизни, психологический статус и особенности течения заболевания у больных при язвенной болезни / И.Ю. Колесникова // Клиническая медицина. – 2001. – №6. – С. 44–47.
4. Котлукова Т.В. Фармакоэкономические аспекты лечения язвенной болезни / Т.В. Котлукова, Е.А. Ушкалова // Вестник РУДН. – 2000. – №1. – С. 93–95.
5. Кривошапкин В.Г. Очерки внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. – Якутск, 2001.
6. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей) / О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина. – М., 1995. – 26 с.
7. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Кайнд. – СПб., 1999 г. – 139 с.
8. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М., 2002 г. – 313 с.
9. Рутгайзер Я.М. Возможности использования клинико-психологических методов в гастроэнтерологии / Я.М. Рутгайзер // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 6. – С. 38–45.
10. Рутгайзер Я.М. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике / Я.М. Рутгайзер, А.Г. Михайлов // Клиническая медицина. – 1999. – № 3. – С.35–38.
11. Lain L. Has the impact of Helicobacter Pylori therapy on ulcer recurrence in the United

State been overstated? A meta – analysis of rigorously designed trials / L. Lain, R. Hopkins, S. Girardi // Am. J. Gastroenterology. – 1998. – Vol. 93. – P. 1409–1415.

12. Mignon M. Gastroenterology / M. Mignon. – Paris: Ellipses, 1992. – 704 p.

13. Price A.B. The Sydney system: histological division / A.B. Price // J. Gastroenterol., Hepatol. – 1991. – Vol. 6, № 3. – P. 209–222.

14. Reifen R. Helicobacter pylori infection: is there specific symptomatology? / R. Reifen [et al.] // Dig. Dis. Sci. – 1994. – Vol. 39. – P. 1488–1492.

15. Ware J.E. The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) / J. E. Ware, C.D. Shubouene // Med. Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.

16. Wilhelmsen I. Quality of life and relapse of duodenal ulcer before and after eradication of Helicobacter pylori / I. Wilhelmsen, A. Berstad // Scand. J. Gastroenterol. – 1994. – Vol. 29. – P. 874–879.

17. Wilhelmsen I. Quality of life and Helicobacter pylori eradication / I. Wilhelmsen // Jbid. – 1996. – Vol. 31, suppl. 221. – P. 18–20.

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616.423–004-031;611.638/.64]-035.1

В.В. Сивцев

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОФИБРОМАТОЗА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ*

В этом сообщении мы хотим осветить показания и противопоказания к оперативному лечению лимфофиброматоза наружных половых органов, разработать определенную методику операций.

Показаниями к операции мы считаем следующее:

1. Врожденное нарушение лимфообращения наружных половых органов.
2. Наличие стойкого прогрессирующего отека.
3. Резкое увеличение размеров и деформация наружных половых органов с хроническим нарушением лимфообращения, сопровождающиеся многократными рецидивами рожистого воспаления.

Противопоказаниями к оперативному лечению являются резко ослабленные больные, больные с гипохромной анемией, раковыми заболеваниями и активной формой туберкулеза легких.

Предлагаемая нами тактика хирургического лечения лимфофиброматоза наружных половых органов разработана в результате критической оценки и анализа методов, имеющих в настоящее время в литературе.

При этом мы стремились найти наиболее оптимальный метод лечения, отвечающим следующим требованиям:

- Физиологичность и простота метода операции.
- Радикальное удаление патологически измененных тканей как профилактика возможного рецидива заболевания.
- Достижение наиболее благоприятного функционального и косметического результатов.

Как известно, при слоновости наружных половых органов в патологический процесс незначительно вовлекаются кожа и подкожная клетчатка промежности и основания мошонки, наружный и внутренний листок крайней плоти, кожа лобковой области и корня полового члена, кавернозные тела полового члена, яички с придатками и семенными канатиками. Нам

кажется, что это можно объяснить ходом лимфатических сосудов, которые на коже полового члена и мошонки вливаются в поверхностные медиальные паховые лимфатические узлы, а лимфатические сосуды внутреннего листка крайней плоти, кавернозных тел, яичек анастомозируют с глубокими лимфатическими сосудами и узлами, которые фактически не поражаются при лимфофиброматозе.

Лечение лимфофиброматоза наружных половых органов может быть только хирургическое. В качестве предоперационной подготовки нами проводилась патогенетическая консервативная терапия по методу А.В.Вишневого, включающая в себя паранефральную новокаиновую блокаду с наложением на половые органы масляно-балзамической повязки. Это позволяло уменьшить отек, снять раздражение кожных покровов и улучшить трофику тканей, что способствовало

СИВЦЕВ Василий Васильевич – к.м.н., хирург-уролог высшей квалиф. категории, доцент МИ ЯГУ.

* В «ЯМЖ» №4 2007 г. (с.56-57) автор ознакомил с клиническими методами обследования больных данным заболеванием.

а



б



Больной К., 23 года. Диагноз: вторичная слоновость наружных половых органов: а – до операции, б – через 2 месяца после операций на мошонке и половом члене

вало хорошему заживлению послеоперационных ран.

Оперативное лечение проводили, как правило, в 2 этапа. Вначале радикально удаляли патологически измененную мошонку, а затем, спустя 3-4 недели, кожу и подкожную клетчатку полового члена, с последующей кожной пластикой расщепленным лоскутом. Методика радикального удаления мошонки следующая: треугольным разрезом в пределах неизменной кожи лобковой и паховых областей иссекают все патологические мягкие ткани мошонки до собственных оболочек яичек. В случае обнаружения водянки яичек выполняли операцию по Винкельману. Затем у наружных паховых отверстий формируем углубления, в которые подшиваем яички. Рану зашиваем наглухо с введением в нее 1-

2 активных дренажей. Формирование новой мошонки в послеоперационном периоде происходит за счет мобилизации кожи пахово-промежностной области, под влиянием опускания яичек.

При радикальном хирургическом лечении лимфофиброматоза полового члена мы производили иссечение кожи его вместе с крайней плотью и поверхностной фасцией циркулярно от корня до головки. После тщательного гемостаза на половой член в продольном направлении укладывали 2 расщепленных кожных лоскута, толщиной 0,3-0,5 мм, взятых с передней поверхности здорового бедра.

Расщепленный свободный кожный лоскут в первые дни питается за счет осмоса, то есть путем диффузии питательных веществ из тканей, прилежащих к нему. Чем тоньше свободный

кожный лоскут, тем лучше он пропитывается питательными веществами и тем быстрее идет его приживание, тем быстрее вырастают в него кровеносные сосуды. Восстановление кровоснабжения, по клиническим данным, наступает на 3-5-й день.

Для свободной кожной пластики мы брали расщепленный кожный лоскут толщиной 0,2-0,4 мм, который более быстро адаптируется к новым условиям питания и хорошо приживается. Лоскуты подшивали к коже лобковой области и к головке и сшивали между собой отдельными шелковыми швами (рисунк).

Подобная хирургическая методика лечения больных лимфофиброматозом наружных половых органов позволила во всех случаях получить хорошие функциональные и косметические результаты.

Литература

1. Бавильский В.Ф. Слоновость наружных половых органов у мужчин / В.Ф. Бавильский [и др.] // Урология. - 1999. - №5. - С.31-33.
2. Горшков С.З. Слоновость / С.З. Горшков // Мед.помощь. - 1999. - №3. - С.12-13.
3. Лопаткин Н.А. Филляриатоз мочеполювых органов / Н.А. Лопаткин, С.П. Даренков, Э.К. Яненко // Урология. - М., 2002. - С.256-257.
4. Сивцев В.В. Лимфофиброматоз полового члена и мошонки / В.В. Сивцев, С.П. Даренков, Р.М. Сафаров // Там же. - 2007. - №4. - С.92-93.

З.П. Попова, О.Л. Васильева, Г.Н.Захарова,
С.П. Астраханцев, С.И. Местникова

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПЕРВОГО ЭТАПА НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

В работе первичного звена здравоохранения наряду с лечебно-диагностической работой важное место занимает профилактическая работа,

ПОПОВА Земфира Петровна – засл. врач РС(Я) и РФ, гл. врач ЯГБ №4; **ВАСИЛЬЕВА Ольга Лукинична** – врач-терапевт, зам. гл. врача ЯГБ №4; **ЗАХАРОВА Галина Николаевна** – зав. отделением ЯГБ №4; **АСТРАХАНЦЕВ Станислав Павлович** – зав. отделением ЯГБ №4; **МЕСТНИКОВА Светлана Иосифовна** – врач-гастроэнтеролог, доцент МИ ЯГУ.

включающая диспансеризацию, вакцинацию и санитарно-просветительное образование населения.

Диспансерный метод наблюдения на протяжении ряда лет совершенствовался, но качество этой работы было недостаточным. Такие основные показатели эффективности диспансеризации, как полнота охвата диспансерного населения, своевременность взятия на диспансерный учет, увеличение процента лиц, не являющихся на осмотр и обследование, поздняя

диагностика социально значимых заболеваний, снизились, а первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте не имеет тенденции к снижению. За последние десятилетия в связи с переходом системы здравоохранения на страховую медицину, платные услуги назрела необходимость в пересмотре диспансерной работы, поднятии её на более высокий качественный уровень. Президент, правительство страны увеличили финансирование здравоохранения, рас-