

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-

Таблица 1

Итоги проведения дополнительной диспансеризации

Учреждения	Кол-во	Охват работников	
		абс.	%
Здравоохранения	2	93	11,8
Образования	32	474	60,2
Культуры и спорта	5	91	11,6
Социальных служб	2	129	16,4
Всего:	41	787	100

ценили здоровье населения, улучшение качества жизни как приоритетное направление развития общества. В первичном звене здравоохранения проведена подготовительная работа, согласно приказам МЗ и СР РФ №487 от 29.07.2005г. «Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» и № 188 от 22.03.06г. «О порядке и объёме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта и науки, научно-исследовательских институтов».

Материалы и методы

Проведен анализ медицинского осмотра работников бюджетной сферы, прикрепленных к поликлинике №4 ЯГБ. Для прохождения медосмотра привлечены специалисты, проведены лабораторно-инструментальные исследования согласно требованиям, предъявляемым к дополнительной диспансеризации:

- уточнено количество прикрепленного населения к терапевтическому участку, в количестве не менее 1700 чел.,
- организована работа участковой службы и ведение учетно-отчетной документации врача-терапевта.

Результаты дополнительной диспансеризации: осмотрено 41 учреждение - 787 чел. (табл.1).

Прошедшие дополнительную диспансеризацию распределены по группам здоровья.

1-я – 49 чел.(6,3%), 2-я – 52 (6,6), 3-я – 683 (86,8), 4-я – 3 (0,3), 5-я – 0 чел.

Наибольшее количество обследованных составила третья группа.

Было выявлено 686 заболеваний (табл.2). Из них наиболее часто встречаются патологии:

- 1) желудочно-кишечного тракта,
- 2) сердечно-сосудистой системы,
- 3) мочеполовой системы.

Социально значимые заболевания, такие как туберкулёз, онкозаболевания, не выявлены, а сахарный диабет выявлен в одном случае.

Из осмотренных 787 чел. на территории обслуживания МУ ЯГБ №4 проживает 60 чел. (7,62%), которые своевременно были взяты на диспансерный учёт участковыми терапевтами. По мере передачи диспансерных больных из других ЛПУ пациенты с 3-й – 5-й группами здоровья также берутся на диспансерный учёт, проходят углубленное дообследование и консультируются узкими специалистами.

В результате проведенных лабораторных исследований выявлены: гипергликемия - 4 случая, анемия – 12, гиперхолестеринемия – 5, изменения в моче – 14 случаев.

В стационарном лечении нуждались 3 чел., которые своевременно (100%) были госпитализированы, в санаторно-курортном лечении – 58 осмотренных (7,4%). Нуждающихся в предоставлении высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП) не выявлено.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» проведена дополнительная иммунизация гриппом граждан, входящих в группу риска – 3252 чел., из них:

- медицинские работники – 331 чел.,
- работники образовательных учреждений – 455,
- лица старше 60 лет – 2466 чел.

Обсуждение

Таким образом, проведена большая работа по реализации первого этапа приоритетного национального проекта «Здоровье». С целью раннего выявления таких социально значимых заболеваний, как сахарный диабет, туберкулёз, онкозаболевания, артериальная гипертензия, ИБС, проведены дообследования и консультации узкими специалистами. Увеличивается полнота охвата диспансеризацией и своевременность взятия на диспансерный учёт работающих в бюджетной сфере.

Выводы

При проведении дополнительной диспансеризации мы столкнулись с определенными трудностями:

- отсутствие программного обеспечения,
- недооценка серьезности проводимых мероприятий некоторыми руководителями учреждений,
- затягивание сроков подачи списков работающих и заключения договоров для проведения диспансеризации.

Считаем, что при проведении дополнительной диспансеризации необходимо включить в реестр таких специалистов, как врач-оториноларинголог, врач-кардиолог, т.к. среди осмотренных встречались нередко заболевания ЛОР-органов, сердца и сосудов.

Таблица 2

Структура выявленных заболеваний

Заболевания	Выявлено заболеваний			
	всего		впервые	
	абс.	%	абс.	%
Желудочно-кишечного тракта	195	28,5	–	–
Сердечно-сосудистой системы	133	19,4	28	4
Мочеполовой системы	119	17,4	5	0,7
Нервной системы	72	10,5	–	–
Костно-мышечной системы	64	9,4	10	1,5
Дыхательной системы	55	8	–	–
Эндокринной системы	19	2,8	1	0,15
Кровотворной системы	12	1,8	–	–
Глаз	8	1,2	–	–
Кожи и подкожной клетчатки	5	0,7	–	–
Инфекционные	2	0,3	–	–