

ИНТЕГРАЦИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВО ФТИЗИАТРИИ В ОБЩЕЛЕЧЕБНУЮ СЕТЬ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Гапанович С.Е., Будрицкий А.М., Хушев С.С., Рудько С.И.

*УЗ «Витебский областной клинический
противотуберкулёзный диспансер»*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Стабилизация экономики республики, улучшение жизненных условий людей за последние годы позволили улучшить показатели работы фтизиатрической службы, снизить заболеваемость, обеспечить раннее выявление туберкулёза, исключить распространённые и запущенные формы заболевания. Негативные тенденции, имевшие место после Чернобыльской аварии и развала Советского Союза, успешно преодолены. Значительное уменьшение заболеваемости туберкулёзом ЛОР-органов привело к отсутствию практического опыта и должной настороженности у врачей с небольшим стажем работы к выявлению специфического поражения ЛОР-органов.

По нашему мнению, актуальность данного исследования объясняется следующими причинами: обособленностью ЛОР-службы во фтизиатрии по эпидпоказаниям; специфичностью выполняемых задач, медпрепаратов, способов их введения, ограничениями в выборе оториноларингологических препаратов формулярным списком и протоколами лечения больных туберкулёзом; длительное применение ототоксических препаратов группы аминогликозидов обуславливает необходимость сурдологического и аудиологического мониторинга; отсутствием возможности планового хирургического лечения в случаях выявления ЛОР-патологии в противотуберкулёзных стационарах, так как нет возможности в должном анестезиологическом и хирургическом обеспечении; снижением настороженности оториноларингологов к выявлению туберкулёза ЛОР-органов; отсутствием новых научных разработок в вопросах диагностики туберкулёза ЛОР-органов.

Цель работы: оптимизация оториноларингологической помощи фтизиатрическим больным Витебской области, разработка концепций организации взаимодействия различных секторов фтизиатрической службы и общелечебной сети для рационального использования выделяемого финансирования и имеющегося в наличии медицинского оборудования, подготовленных кадров.

Материалы и методы. Нами проанализирована статистическая отчётность и медицинская документация фтизиатрических

стационаров, расположенных на территории Витебской области, за 20 лет – с 1988 по 2009 годы. Среди патологии на первом месте по частоте выявления – туберкулёз гортани, однако эта форма заболевания претерпела значительные изменения по сравнению с классическими описаниями в учебниках. Как правило, отсутствовали язвенные дефекты слизистой, односторонность локализации процесса, что затрудняло установление диагноза без проведения биопсии и гистологического исследования. Значительно реже встречался туберкулёз уха, а туберкулёз носа регистрировался в единичных случаях.

На территории области 3 противотуберкулёзных стационара (Витебский областной клинический противотуберкулёзный диспансер, Богушевская областная противотуберкулёзная больница, республиканская противотуберкулёзная больница, Сосновка). В указанных стационарах проводится лечебно-консультативный приём тремя оториноларингологами. Стаж работы специалистов более 10 лет, все владеют эндоскопическими методиками, что позволяет каждому из них практические вопросы решать самостоятельно. Появилась возможность использования в повседневной практике менее инвазивных методов обследования ФГДС и ФБС (новые методы вместо используемого ранее ригидного бронхоскопа и поднаркозной бронхоскопии с трансбронхиальной биопсией внутригрудных лимфоузлов), использование возможностей отделения малоинвазивной хирургии.

Выводы. Таким образом, настоящий период характеризуется сменой типов туберкулёзной патологии, уменьшением доли распространённых форм ЛОР-локализации, что требует разработки новых подходов в диагностике, развёртыванию целенаправленного комплекса организационных, социальных и лечебно-профилактических мероприятий для повышения эффективности борьбы с туберкулёзом, позволяет улучшить качество оказания оториноларингологической помощи больным туберкулёзом Витебской области.

Литература:

1. Борисенко Т.Д., Шевченко Н.И., Максимова Т.В. Проблемы фтизиатрической и пульмонологической служб на современном этапе: Материалы 7 съезда фтизиатров Республики Беларусь. – Мн., 2008.
2. Гуревич Г.Л., Скрыгина Е.М., Калечиц О.М. Клиническое руководство по лечению туберкулёза. – Минск, 2009.-125 с.
3. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия: учебник для студентов мед. вузов. Москва, ОАО издательство Медицина, 2004.-520 с.

4. Актуальные проблемы пенитенциарной медицины. Туберкулёз и другие социально значимые заболевания в местах лишения свободы: материалы 4-й международной научно-практической конференции. отв. редактор А.А.Кралько.- Минск, 2009. -230 с.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЦЕЛЛЮЛИТ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

**Колесник В.И., Кравцевич Л.А., Клочко Е.С., Радевич А.П.,
Солтан Л.Г., Юргель М.А.**

***УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»***

Некротические инфекции мягких тканей, несмотря на относительную редкость, занимают особое место в хирургической практике [1]. Это обусловлено высокой частотой летальности (от 20% до 75%). В 66,7% случаев гнойно-некротические поражения тканей протекают по типу целлюлита.

Как правило, большинство инфекций кожи и мягких тканей являются самоограничивающимися и легко поддаются терапии, иногда заключающейся только в местной хирургической обработке и часто даже без использования антибактериальных препаратов. Дефекты в диагностике и лечении тяжёлых инфекций мягких тканей, приведшие к обширным потерям мягко-тканых образований, в дальнейшем существенно влияют на качество жизни и требуют сложных реконструктивных пластических операций [2, 3].

Клинический случай

Больной К., 63 лет, поступил в приёмное отделение УЗ «Гродненской областной клинической больницы» 29.09.07 в 20.05 с жалобами на слабость, отёк мягких тканей лица, век, теменных областей, боковой поверхности шеи слева, надключичной области слева, передней поверхности грудной клетки, выраженный болевой синдром. Из анамнеза установлено, что 20.09.07 был избит неизвестными. За медицинской помощью не обращался, ссадины кожи лба самостоятельно обрабатывал 5 % спиртовым раствором йода. Общее состояние при поступлении тяжёлое, компенсированное. Кожные покровы бледные. Ps 90 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов в пределах возрастной нормы. На коже лба имеются множественные ссадины, покрытые фибрином. Кожные покровы лба, век, лица, задней и боковой поверхности шеи слева, передней поверхности грудной клетки гиперемированы, пальпация резко болезненная. Лабораторные исследования: ЭКГ – без особенностей, общий анализ крови (ОАК) эритро-