

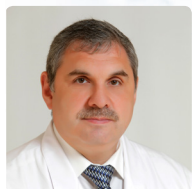
Волынская

больница

медицинский вестник №3 / 2013



Волынская больница удостоена высшей оценки качества!



Главный врач
Бояринцев В.В.
д.м.н, профессор

Услуги, оказываемые в Волынской больнице, соответствуют мировым стандартам качества, что подтверждается высокой оценкой независимых российских и международных агентств по сертификации.

Май 2013 года для нас ознаменовался успешным прохождением последнего этапа сертификационной процедуры и вручением российских и международных сертификатов применительно ко всем видам оказываемой медицинской помощи, научно-практическим исследованиям в области клинической медицины и деятельности медицинских лабораторий (ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001-2008), ГОСТ Р ИСО 15189-2009, IQNet).

В современном обществе здоровье и знания стали критерием, определяющим персональное конкурентное преимущество. В то же время, предоставление качественных медицинских услуг в лечебном учреждении становится все более сложным технологическим процессом и достигается за счет масштабного внедрения прогрессивных форм управления лечебными процессами.

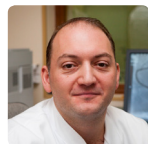
Поэтому своевременное внедрение принципов системы менеджмента качества в Волынской больнице является основой для значительного повышения эффективности управления как основными (предоставление медицинских услуг), так и вспомогательными процессами (управление ресурсами, в том числе персоналом; стратегическое и тактическое руководство; управление процессами улучшений, выявление и устранение проблемных зон и рисков на постоянной основе и т.д.).

Результативное функционирование системы менеджмента качества в Волынской больнице гарантирует соблюдение основных принципов качества медицинской помощи: доступность, своевременность и эффективность медицинской помощи; профессиональная компетентность медицинского персонала; правильность выполнения медицинских технологий; отсутствие риска (безопасность) для пациентов; оптимальность использования ресурсов; удовлетворенность потребителей медицинской помощи.



Клинический
случай:

Эмболизация аневризмы интракраниальной артерии с широкой шейкой



Зав. отделением
рентгенохирургических методов
диагностики и лечения

Закарян Н.В.
к.м.н.



Врач сердечно-
сосудистый хирург

Панков А.С.
к.м.н.

Интракраниальные (внутричерепные) аневризмы брахиоцефальных артерий головного мозга являются одной из важнейших проблем в современной неврологии и нейрохирургии. Одной из важных составляющих в этиологии инсультов является развитие субарахноидальных кровоизлияний. Как известно, примерно в 60% случаев, субстратом для возникновения субарахноидальных кровоизлияний является наличие интракраниальных аневризм (расширений) артерий головного мозга. Около 30% больных умирают сразу после первого кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы, еще 20% - в течение первого месяца (обычно из-за повторного разрыва).

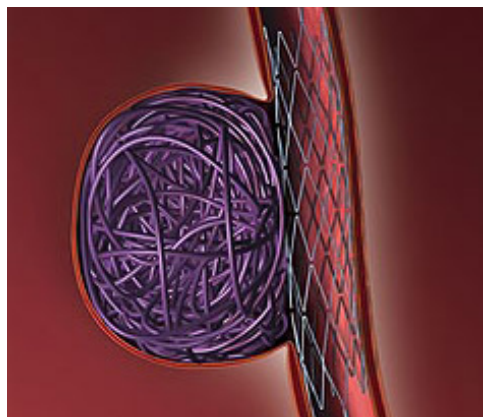
Главными скрининговыми методами для выявления внутричерепных аневризм являются КТ-ангиография и МРТ, в дальнейшем обычно выполняется прямая ангиография с трехмерной реконструкцией для более точного определения особенностей анатомии.

Основными методами коррекции данной патологии в настоящее время являются клипирование аневризм (открытая нейрохирургическая операция) и их эндоваскулярная эмболизация.

Следует отметить, что в современных условиях идет постепенный переход от выполнения открытых операций к эндоваскулярным, т.к. последние являются более щадящими, не требующими проведения трепанации и длительного наркоза, а также сопровождаются сокращением периода госпитализации. Кроме того, некоторые

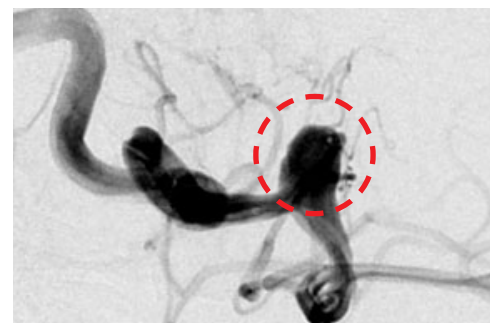
аневризмы можно исправить только эндоваскулярным путем, из-за их локализации, затрудняющей открытый доступ для нейрохирургов.

Очередная эндоваскулярная операция по эмболизации аневризмы супраклиноидного отдела правой внутренней средней артерии была успешно выполнена в Волынской больнице 15 июля 2013 года. Особенностью данного клинического случая являлось наличие у аневризмы широкой шейки. Учитывая анатомию, было принято решение о выполнении стент-ассистированной эмболизации с поэтапной установкой специального стента с трубчатым металлическим каркасом в артерию и заполнением аневризматического мешка спиралями. Последние доставляются по микрокатетеру и скручиваются клубками. Установленный стент не позволяет спиральным виткам выйти из полости аневризмы и сохраняет просвет артерии в исходном состоянии.



Схематическое изображение стент-ассистированной эмболизации интракраниальных артерий

Пациент В., 56 лет, был доставлен в рентгеноперационную из отделения нейрохирургии. Под общим обезболиванием ему выполнена пункция правой общей бедренной артерии. Интродьюсер введен в просвет бедренной артерии. Введено 10 тыс. ед. гепарина. Проводниковый катетер селективно установлен в правую общую сонную артерию, выполнена ангиография.



Аневризма супраклиноидного отдела правой внутренней сонной артерии до операции (ангиограмма)

Затем с помощью микропроводника в область супраклиноидной аневризмы правой внутренней сонной артерии был доставлен микрокатетер. Далее с помощью микропроводника в область шейки аневризмы был доставлен и частично раскрыт стент размерами 3.0x12 мм. Через микрокатетер в полость аневризмы уложены витками спирали "Microplex" (5 шт.). Стент полностью раскрыт под давлением 12 атмосфер. На контрольной ангиографии полость аневризмы эмболизирована, стент проходим, просвет интракраниальных ветвей правой внутренней сонной артерии без признаков тромбоза или диссекции.



На финальной ангиограмме аневризма полностью закрыта спиралями, стент в артерии проходим, не изменен

Выполнен гемостаз. Пациент в удовлетворительном состоянии был переведен под наблюдение (на 12 часов) в отделение реанимации и интенсивной терапии, затем - в кардиологическое отделение и через 4 дня благополучно выписан из Волынской больницы.



Современные методы в лечении миомы матки



Заведующая
гинекологическим отделением
Игнатченко О.Ю.
К.М.Н.

Миома матки - это доброкачественная гладкомышечная опухоль, которая на сегодняшний день является самым распространенным пролиферативным заболеванием среди всех опухолевых заболеваний женской половой сферы. Частота ее у женщин репродуктивного возраста составляет 20-44%.

Лечение больных миомой матки является актуальной проблемой в современной гинекологии вследствие ее негативного влияния на репродуктивную функцию и общее состояние здоровья женщины. Пик клинических проявлений миомы матки приходится на возраст 30 - 45 лет. Основным методом, дающим гарантировано хорошие результаты, остается хирургический. Стандартным объемом операции у пациенток с реализованной репродуктивной функцией остается удаление матки (гистерэктомия). При этом, частота такого рода операций в большинстве гинекологических клиник остается высокой и составляет 80%. Как известно, оргоуносящие операции имеют много отрицательных сторон: значительное количество осложнений во время операции, потеря репродуктивной функции, снижение качества жизни.

Учитывая данные факты, в последние годы нами проведена работа по внедрению малоинвазивных, орго-сохраняющих операций. Наличие в стационаре современного эндоскопического оборудования, а также тесное сотрудничество с отделением эндовазкулярной рентгенхирургии позволяет применять инновационные методы лечения гинекологических больных: миомэктомия лапароскопическим доступом; внутриматочную хирургию; эмболизацию маточных артерий, а в перспективе - ФУЗ-МРТ-абляцию миометрия.

Всего в отделении гинекологии за 3,5 последних года нами было пролечено различными методами более 500 пациенток с диагнозом «Миома матки» как репродуктивного, так и пременопаузального возраста. Средний возраст пациенток составил 34 года (от 22 до 52 лет). Длительность заболевания колебалась от 4 месяцев до 11 лет, в среднем около 5-ти лет. В 34% случаев миома матки сочеталась с аденомиозом, и в 33% с гиперплазией эндометрия, что соответствует данным литературы.

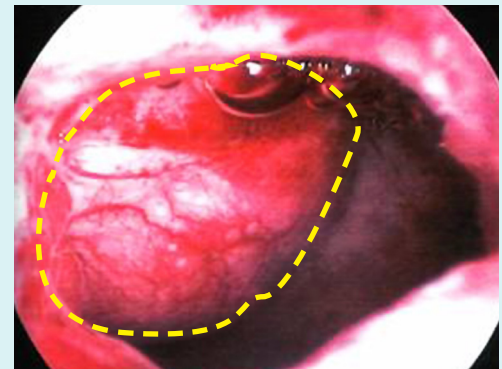
В план обследования пациенток входило изучение анамнеза, клинической картины, специальные гинекологические исследования, клинико-лабораторные исследования, ультразвуковое и, по показаниям, МРТ - сканирование органов малого таза, кольпоскопия, цитологическое исследование из эндо- и экзоцервикса, аспирационная биопсия эндометрия, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, УЗДГ сосудов вен нижних конечностей.

Основная причина клинических проявлений миомы матки - рост и увеличение размеров миоматозных узлов. Анализ анамнестических данных показал, что клиническими проявлениями заболевания в 83% случаев были нарушения менструального цикла, нередко приводящие к анемизации. Наряду с болевым синдромом и нарушением функции тазовых органов отмечались жалобы на отсутствие беременностей. При выборе лечебной тактики мы руководствовались не только клиническими проявлениями заболевания, но и репродуктивными планами пациенток, генитальными и экстрагенитальными заболеваниями.

Что касается методов хирургического лечения, то радикальный объем оперативного лечения был обусловлен, в первую очередь, возрастом перименопаузы. Таким больным в 47% случаях выполнена операция гистерэктомия с маточными трубами и придатками, причем, в 40% случаев

лапароскопическим доступом.

В остальных 53% наблюдений, преимущественно у пациенток репродуктивного возраста, мы придерживались тактики выполнения орго-сохраняющих операций. Среди всех миомэктомий в 68% наблюдений операции выполнены лапароскопическим доступом с обязательным наложением эндоскопического шва на матку и, нередко, с использованием различных противоспаечных барьеров.



Гистероскопия: полость матки с субмукозным расположением узла I типа

Трансцервикальным доступом миомэктомия произведена в 4 случаях, а у 66 больных выполнена резекция субмукозных миоматозных узлов во время гистерорезектоскопии.

Дальнейшая терапия в послеоперационном периоде была направлена на профилактику рецидивов заболевания и, реже - на стабилизацию размеров миоматозных узлов на максимально длительный срок. С этой целью были использованы комбинированные оральные контрацептивы и внутриматочная гормональная рилизинг-система «Мирена». Больным, заинтересованным в репродуктивной функции, назначался курс низкодозированных и микродозированных комбинированных оральных контрацептивов минимум на 1 год. Остальным пациенткам вводилась внутриматочная система «Мирена», обеспечивающая профилактику рецидивов роста миоматозных узлов, гиперпластических процессов эндометрия, а также нормальный объем и длительность



менструального цикла за период наблюдения в течение 3-х лет и более.

Рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных артерий (эмболизация маточных артерий) является сочетанием инвазивной технологии с лучевым методом. За 3,5 года нами было выполнено более 30 подобных манипуляций. Сущность методики заключается в следующем: после пункции бедренной артерии под рентгеноскопическим контролем катетер проводится максимально дистально в левую маточную артерию, где перед непосредственным введением эмболизата (PVA) производится селективная ангиография маточной артерии, при которой определяется структура сосудистой сети опухоли. Окклюзию маточных артерий осуществляют путем инъекции через катетер эмболизирующих частиц, которые по кровотоку достигают дистальных отделов артериального русла. После окончания процесса эмболизации катетер проводится в правую маточную артерию, где процесс повторяется.

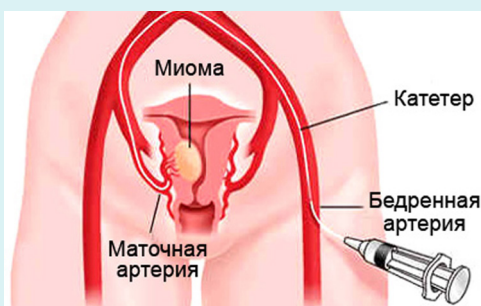
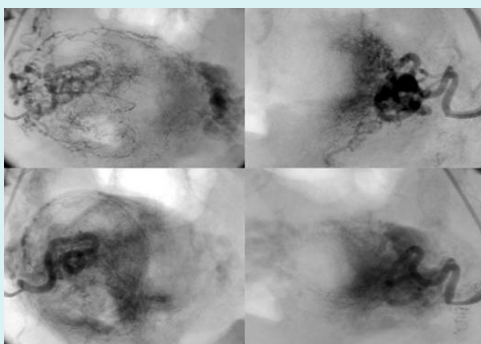


Схема методики эмболизации маточных сосудов

Осложнений во время проведения метода и рецидивов заболевания нами получено не было.



Этапы эмболизация маточных артерий с двух сторон – рентгеновское изображение

Альтернативой хирургическому лечению опухолей различных локализаций сегодня является технология неинвазивной дистанционной абляции тканей фокусированным ультразвуком (ФУЗ) под контролем магнитно-резонансной томографии. Дистанционное воздействие фокусированной энергии ультразвука на миоматозный узел приводит к его термическому некрозу (абляции), при этом окружающие ткани остаются интактными. Таким образом, неинвазивно и строго локально производится разрушение опухолевых клеток. Наша клиника в полной мере располагает возможностями выполнения подобной высокотехнологичной манипуляции.

Выводы. Как показывает опыт работы отделения, индивидуализированный подход в использовании современных высокоэффективных методов лечения миомы матки позволяет в ряде случаев избежать выполнения радикальных операций на матке, сохранить менструальную и репродуктивную функции женщины.



Волынская больница – это многофункциональный медицинский комплекс, соответствующий мировым стандартам

Колл-центр:
(495) 620-80-95

Договорной отдел:
(495) 442-67-57

Кабинеты поликлиники

Аллерголог-иммунолог
Бариатрический хирург
Гастроэнтеролог
Гематолог
Гинеколог
Дерматовенеролог
Диabetолог
Дневной стационар
Кардиолог
Клинический фармаколог
Колопроктолог

ЛОР
Мануальный терапевт
Невролог
Онколог
Офтальмолог
Пластический хирург
Профпатолог
Психиатр/нарколог
Психолог
Психотерапевт
Ревматолог

Терапевт
Травматолог-ортопед
Уролог
Флеболог (ангиохирург)
Фтизиатр
Хирург
Хирург-аритмолог
Хирург-эндокринолог
Эндокринолог

Диагностические отделения

Клинико-диагностическая лаборатория
Лучевая диагностика
МРТ, МСКТ, ПЭТ, УЗИ, рентген, скintiграфия, денситометрия и др.
Патанатомия
гистология, цитология
Функциональная диагностика
Эндоскопия

Терапевтические отделения

1-я неврология
2-я неврология
Кардиология
Кардиореанимация
Неврология ОНМК
Терапия
Терапия VIP
Физиотерапия и ЛФК
Экстракорпоральных методов диагностики и лечения

Хирургические отделения

Абдоминальная хирургия
Анестезиология и хир. реанимация
Гинекология
Гнойная хирургия
ЛОР и ЧЛХ
Нейрохирургия
Рентгенохирургия (эндоваскулярная хир.)
Сосудистая и эндокринная хирургия
Стоматология
Травматология
Урология



Межбольничные перевозки
врачебными и реанимационными бригадами

