

метрии на тип цефалогамии существует у всех курсантов, обладающих конкретным профилем латерализации функции мозга со всеми его проявлениями в моторной и сенсорной сферах.

О ВЫБОРЕ МЕТОДА РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Рябков И.А., Томнюк Н.Д.

*МУЗ «Городская клиническая больница №6
им. Н.С. Карповича»
Красноярск, Россия*

Для хирургического лечения язвенной болезни двенадцати перстной кишки широкое распространение получили различные виды ваготомий. Тем не менее, резекция желудка до сих пор остается одним из ведущих методов лечения не только хронической язвы желудка, но и язвы дуоденальной локализации. Следует отметить, что среди множества методов резекции желудка, а их более 80, «устояли» и имеют широкое распространение лишь две: резекция желудка на короткой петле по Гофмейстеру – Финстереру и резекция с анастомозом на длинной петле с дополнительным Брауновским соустьем по Бальфуру или Ру.

Одной из тяжелых болезней оперированного желудка является пептическая язва желудочно-кишечного тракта. Если раньше возникновение пептической язвы было связано с техническими погрешностями в наложении гастроэнтероанастомоза, то в настоящее время удельный вес этих операции значительно снизился, а пептические язвы стали встречаться чаще. По данным статистики чистота их колеблется в пределах 1-1,5 % случаев при условии технически правильно выполненной резекции желудка.

Среди причин способствующих появлению пептической язвы можно выделить: экономную резекцию желудка, резекцию для исключения без демукотизации слизистой антрального отдела, технически не верно выполняется операция. Появлению язв нередко способствует неполная ваготомия в сочетании гастроэнтероанастомозом, а также болезнь Золингера – Эллесона.

Одним из преимуществ резекции желудка по Гофмейстеру – Финстереру, так считал С.С. Юдин, желудочно-кишечное соустье постоянно омывается щелочным дуоденальным содержимым, что нейтрализует остаточную соленую кислоту. Этот фактор отсутствует при операции по Бальфуру. Щелочное дуоденальное содержимое попадает по межкишечному анастомозу в отводящую петлю, а желудочно-кишечной анастомоз остается без защиты. Этим объясняется и то, что после реконструктивной гастродуоденопластики появляются пептические язвы у тех больных, у

которых многие годы после резекции желудка их не было.

За последние 20 лет под нашим наблюдением находилось и оперировалось 113 больных с пептической язвой анастомоза. Большинство из них в свое время были оперированы по поводу язвенной болезни желудка и ДПК. Женщин было 23 мужчин 90, в возрасте от 28 до 72 лет. Из них по два раза оперировано 21 человек, трижды - 3 и один четырежды. Выполненные операции. Резекция желудка по Гофмейстеру – Финстереру - 48, Биллирот - I - 13, по Бальфуру - 22, наложение только гастроэнтероанастомоза – 18, экономное иссечение язвы без ваготомии - 9, у 3-х тип операции установить не удалось.

Обращает внимание большой процент пептической язвы у больных с гастроэнтероанастомозами. У 12-ти был наложен как дополнение к операции ушивание перфоративной язвы ДПК, у 2-х больных после операции Б-И развилась рубцовая структура анастомоза на фоне пептической язвы и в 4-х случаях объяснение мы не нашли.

Анализ жалоб, клинической каротины, рентгенологических и гастроскопических данных, а также выписки из историй болезней показывает, что первые симптомы пептической язвы возникли до одного года у 29 больных, от года до двух – 68 и только у 16 от 3-х до 5-ти лет.

В диагностике пептической язвы исследование желудочного сока имеет исключительно важное значение. Оно должно производиться в обязательном порядке до и после операционного вмешательства. По нашим данным разницы в кислотности желудочного сока при операциях по Бальфуру и Гофмейстер – Финстереру почти не отмечено.

Заслуживает внимание тот факт, что среди больных с пептическими язвами (14 человек), была сделана ранее резекция желудка для исключения (в настоящее время этот тип операции в клинике не практикуется) следовательно, можно предположить, что у остальных больных этой группы причиной пептической язвы являлись технические погрешности. В тоже время среди больных с пептической язвой, где был наложен анастомоз по Бальфуру - (22 пациента), экономная резекция сделана в 8 случаях, а у остальных объем резекции был вполне достаточен.

Характерна локализация пептической язвы, у всех она чаще располагалась на отводящей петле, реже в самом анастомозе, только у 3-х больных в приводящей.

В лечении пептических язв в клинике используются операции: наддиафрагмальной ваготомии - как основное в 91% случаев, и реконст-

руктивные операции с восстановлением пассажа по ДПК – 17 больных. Нами отмечено, что пептические язвы образованные после резекции по Бальфуру чаще сопровождаются различными осложнениями: перфорации, кровотечения, пептизацией таких больных было – 12 человек.

Таким образом, в лечении язвенной болезни и профилактики пептических язв имеют значения четкие показания к выбору типа операций. Объем операции зависит от секреции желудочного сока и умения хирурга в выполнении адекватной и технически правильной резекции желудка.

Экономические науки

ВНУТРЕННИЙ МАРКЕТИНГ И МАРКЕТИНГОВЫЙ АУДИТ КАК СРЕДСТВА УПРАВЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕЙ

Тебуев А.М., Гюсан А.О.
*Карачаево-Черкесская республиканская
клиническая больница
Черкесск, Россия*

Основной задачей внутреннего маркетинга является создание для медицинского персонала больницы условий для качественного обслуживания пациентов.

Выполняя эту задачу, администрация приобретает дополнительные мощные рычаги управления персоналом. По сути, заключается договор или обмен во внутреннем маркетинге: персоналу больницы обеспечиваются комфортные условия работы, дополнительная оплата труда, прежде всего, за счет внебюджетных средств, признание успехов в коллективе в обмен на требуемое повышение качества обслуживания больных.

Таким образом, всячески акцентируется взаимосвязь и взаимозависимость между качественным профессиональным трудом и удовлетворением потребностей сотрудников в широком смысле слова. Это статусный рост, аттестация и переаттестация, поддержка в профессиональном

росте, участие в научных конференциях, повышение оплаты труда, широкий социальный набор.

В отдельных подразделениях больницы создаются и поддерживаются свои ценностно-ориентированные условия работы со своим набором социальных услуг, корпоративной культурой коллектива, прорабатываются не только должностные функциональные обязанности, но и создаются свои стандарты требований к отношению с коллегами и пациентами, что всячески поддерживается администрацией.

Много внимания уделяется созданию положительного имиджа каждого подразделения и в целом больницы, анализу, складывающемуся на сегодня положению вещей, т.е. маркетинговому аудиту.

При этом формируется постоянно свежий, современный взгляд на обстановку, реальное состояние клиники и своевременную адекватную реакцию на меняющуюся обстановку. Для этого постоянно оценивается, как удовлетворяются клиникой потребности пациентов (использование анонимных опросников). Каково положение каждого подразделения на конкурентном рынке подобных услуг. Какова эффективность управления клиникой, т.е. состояние менеджмента.

Решение поставленных задач возможно лишь при правильно поставленном внутреннем маркетинге и постоянным контролем маркетингового аудита.

Подробная информация об авторах размещена на сайте
«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>