

нием мульти-планарных реформаций и объемного изображения. Критериями правильности установления диагноза служили результаты гистологического исследования операционного материала. Стадию заболевания устанавливали в соответствии с общепринятой классификации FIGO (1988г.) и TNM (2003г.). У 19 (44,2%) пациенток была установлена I стадия рака тела матки (T1a-Ib), у 16 (37,2%) – II стадия, у 8 (18,6%) – III стадия. Преобладающим гистологическим вариантом была эндометриодная аденокарцинома различной степени дифференцировки.

#### **Результаты и их обсуждение**

В 93,0% случаев при ультразвукографии диагностировано утолщение срединных маточных структур (наибольший объемом опухоли 205см<sup>3</sup>), в 7,0% – минимальное утолщение эндометрия до 5мм при объеме опухоли 0,5 см<sup>3</sup>. В 51,1% случаев карцинома эндометрия была представлена солидным образованием высокой эхогенности с однородной структурой и неровными контурами, в 32,6% – с наличием изо-/гипоэхогенных зон неправильной формы с неровными и нечеткими контурами. У 32,6% пациенток выявлено расширение полости матки с массивными солидными эхогенными разрастаниями по контуру. При ЦДК в 23,3% случаев (при объеме эндометрия 40,0 см<sup>3</sup> и более) визуализированы признаки неоваскуляризации в структуре опухоли со сниженными индексами сосудистого сопротивления (IP в пределах 0,35-0,45). В 86,0% случаев наблюдалась инвазия опухоли в миометрий, что характеризовалось прерывистостью гипоэхогенного ободка, нечеткостью границы с миометрием, наличием цветковых локусов. Инвазия опухоли в шейку матки характеризовалась расширением внутреннего зева (37,2%), визуализацией нижней границы опухоли в данной области и ниже (37,2%), потерей четкости контура стенок цервикального канала на уровне опухолевого поражения (30,2%). Метастазы в подвздошные лимфатические узлы в виде округлых гипоэхогенных образований размерами от 12мм до 35мм диагностированы у 14,0% больных. Однако спиральная компьютерная томография, включенная в комплекс лучевых методов исследования при раке эндометрия, позволила не только достоверно оценить топографо-анатомические особенности взаимоотношения органов малого таза, но и дополнительно выявить у 4% больных метастатическое поражение лимфатических узлов, что имеет большое значение для планирования адекватного объема оперативного лечения.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ОТВЕТОВ ПРИ ПРАВОПОЛУШАРНОМ И ЛЕВОПОЛУШАРНОМ ИНСУЛЬТЕ**

**Екушева Е.В.**

*Первый Московский Государственный  
Медицинский Университет  
им. И.М. Сеченова,  
Отдел патологии вегетативной  
нервной системы НИЦ*

У больных с нарушением мозгового кровообращения при транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) с фасилитацией моторных ответов можно зарегистрировать ипсилатеральные вызванные моторные ответы (ипси-ВМО) как при стимуляции интактного, так и пораженного полушария. Данные об исследовании ипси-ВМО при поражении правого и левого полушарий немногочисленны и зачастую противоречивы.

**Цель исследования:** изучение представленности ипси-ВМО при латерализованном полушарном поражении.

#### **Материал и методы**

Обследовано 62 пациента с гемипарезом вследствие правополушарного инсульта (ППИ – 30 пациентов) и левополушарного инсульта (ЛПИ – 32 человека) в бассейне средней мозговой артерии, сопоставимых по среднему возрасту, длительности заболевания и размеру патологического очага, и 20 здоровых испытуемых. Все испытуемые были правшами. Использовали ТМС с фасилитацией двигательных ответов.

#### **Результаты**

Ипси-ВМО определялись у двух здоровых испытуемых (10%) только при стимуляции левого полушария. При ТМС пациентов с полушарным поражением в группе в целом достоверно чаще определялось наличие ипси-ВМО при стимуляции непораженного (54,8%), чем пораженного полушария (29,1%). И достоверно чаще воспроизводимые ипси-ВМО на стороне гемипареза наблюдались у пациентов с ППИ – в 70,6% случаев, а при ЛПИ – в 29,4%. При стимуляции пораженного полушария ипси-ВМО на здоровой стороне достоверно чаще наблюдались при ЛПИ – 61,1%, тогда как при ППИ – в 38,9%.

#### **Выводы**

Более высокий уровень активирующих процессов в левом доминантном полушарии сохраняется и в условиях латерализованной полушарной патологии, что приводит к растор-

маживанию функционально подавленных в норме ипсилатеральных путей как при правополушарном и при левополушарном процессе.

## **ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ В СОВРЕМЕННОЙ СИТУАЦИИ**

**Колбенеv Ю.Н., Голубовский С.А.**

*Муниципальное учреждение  
здравоохранения «Городская  
поликлиника № 11», Омск, Россия*

Программа модернизации здравоохранения (далее ПМ), которая в настоящее время разрабатывается министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и в которой активно задействованы регионы, имеет целью улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению путем решения трех задач:

1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Как показывает опыт практической работы, одним из значимых элементов системы здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь, осуществляемая непосредственно в территориальных амбулаторно-поликлинических учреждениях (далее АПУ). На наш взгляд одной из важных задач ПМ должна быть задача оптимизации структурных элементов системы здравоохранения и в частности АПУ. За последние тридцать лет, несмотря на значительные социальные перемены в жизни общества структура амбулаторно-поликлинических учреждений практически не менялась. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 июня 2003 года № 229 была утверждена единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 января 2007 года № 56 организация деятельности и структура детской поликлиники. Структура поликлиник для взрослого населения осталась прежней.

Нами были учтены следующие весомые на наш взгляд факторы, делающие актуальной поставленную здесь проблему, а именно:

– в условиях перехода учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование и возрастание роли средств ОМС возрастает значимость комплексной работы всего учрежде-

ния, начиная от регистратуры и конкретных врачей – терапевтов, врачей специалистов и средних медицинских работников, заканчивая кабинетом медицинской статистики и экономическим отделом, которые и выдают конечный продукт – реестры оказания медико-санитарной помощи;

– приоритетный национальный проект «Здоровье» (далее ПНП) предусматривает, такую дополнительную оплачиваемую функцию учреждения, как дополнительная диспансеризация. Это, прежде всего организационная функция АПУ, которая требует, как привлечение контингента для диспансеризации, в соответствии с планом, а также организация обследований, порой на договорной основе с другими учреждениями;

– полученное в соответствии с разрядкой диагностическое оборудование по ПНП, требует условий для его и эффективного использования: наличие площадей и специалистов для его эксплуатации, а также приобретения комплектующих по мере их расходования (например: лабораторные реактивы);

– льготное лекарственное обеспечение, требует четкого взаимодействия ряда структурных подразделений АПУ: терапевтических отделений, неврологического, офтальмологического, хирургического кабинетов. При обслуживании поликлиникой населения 40 тыс. человек и более количество автоматизированных рабочих мест, задействованных в ДЛО должно быть не менее 20.

Учитывая вышесказанное можно говорить о необходимости усиления в АПУ организационно – методических отделов и ИТ – подразделений. Так, нами при кабинете медицинской статистики создана функционально – проблемная группа, обеспечивающая решение поставленных выше вопросов, под непосредственным руководством главного врача учреждения. В состав группы входят организаторы здравоохранения, медицинские статистики и инженеры – программисты. Одной из основных задач данной группы является повышение эффективности деятельности в условиях реализации ПНП и перехода на одноканальное финансирование.

С учетом введения экстерриториального обслуживания населения при наличии страхового полиса (свободный выбор врача), а также более гибкого реагирования на обращения граждан, нами внедрены новые формы работы это организация совета общественности при поликлинике и встречи с населением главного врача поликлиники в общественной приемной депутата городского совета. Это способствует решению обращений пациентов по организации медицинской помощи и одновременно изучает-