

ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 1 (62)



ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Медицинские сестры
Мария и Татьяна Бывшевы.
Маша работает в оперблоке,
Таня - в ОАР №1



Весна пришла!

Онкоскрининг
в Красноярском
крае

Стандарты лечения
пневмонии в краевой
клинической
больнице

Стрессовая
кардиомиопатия
Такоцубо

март 2016 года



РЕМАКСОЛ® ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ



РЕМАКСОЛ®

ЗАЩИЩЕН ПАТЕНТОМ. ПРОИЗВОДИТСЯ ПО GMP

КАЖДАЯ КЛЕТКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- Комплексно решает проблему гепатопротекции
- Эффективен при широком спектре заболеваний печени
- Быстро нормализует показатели синдрома цитолиза, холестаза
- Улучшает самочувствие больных
- Сокращает сроки лечения

www.remaxol.ru



РОССИЯ, 192102, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
УЛ. САЛОВА, Д. 72, КОР. 2, ЛИТ. А,
ТЕЛ.: +7 (812) 710-82-25
WWW.POLYSAN.RU, INFO@POLYSAN.RU

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Основан в 1998 году

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-904-895-30-62

Свидетельство о регистрации СМИ
выдано Енисейским управлением
Роскомнадзора,
ПИ № ТУ 24-00955 от 27.11.2015 г.

www.medgorod.ru
kkb-red@mail.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ:
КГБУЗ «Краевая клиническая
больница», Красноярск

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
Егор Евгеньевич Корчагин —
главный врач

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА:

Алексей Иванович Грицан —
д.м.н., профессор
Елена Сергеевна Семенова —
шеф-редактор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., профессор С. Г. Вахрушев
Н.И. Головина
д.м.н., профессор И. В. Демко
д.м.н., профессор С. А. Догадин
д.м.н., профессор С. И. Жестовская
д.м.н., профессор Ф. П. Капсаргин
д.м.н., профессор Г. В. Матюшин
С. П. Нефедова
к.м.н. Г. З. Низамеева
д.м.н. А. В. Протопопов
к.м.н. А. К. Рымарчук
д.м.н. В. А. Сакович
В. М. Симакова
д.м.н., профессор Д. В. Черданцев
министр здравоохранения
Красноярского края,
к.м.н. В. Н. Янин

В. В. Тяпкин, А. Астафьева —
фотокорреспонденты

Г. Г. Гудошникова — корректор

Допечатная подготовка,
печать ООО ПК «Знак»
660028, Россия, г. Красноярск,
ул. Телевизорная, 1, стр. 21
тел. (391) 290-00-90

Тираж 999 экз.
Март 2016 г.

За содержание рекламных мате-
риалов редакция ответственности
не несет.
Мнение редакции может не сов-
падать с мнением авторов мате-
риалов.

Содержание

События	2
Итоги	4
Система КАНБАН означает «точно» и «вовремя»	7
Онкоскрининг в Красноярском крае как эффективная мера раннего выявления раков наружной локализации на региональном уровне.....	8
Картинки с выставки «ЕнисейМедика-2016»	10
Вырежи и сохрани: алгоритм базовой сердечно-легочной реанимации.....	12
CASUS EXTRAORDINARUS НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ	
Случай редкого анатомического строения печени у больной с ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом	14
Стрессовая кардиомиопатия (Такоцубо): литературная справка и описание клинического случая	15
Случай удаления гигантской нейрофибромы ягодичной области у молодой пациентки	18
Случай туберозного склероза с поражением почек, легких и головного мозга	20
Транспедикулярная фиксация при ретролистезе L5	21
DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ	
Порядок оказания медицинской помощи больным с пневмонией в краевой клинической больнице	24
Особенности послеоперационного периода у больных, находящихся на хроническом гемодиализе	32
Интенсивная терапия больных с острыми отравлениями этанолом на фоне алкогольной интоксикации	35
Алгоритм ведения и обследования пациентов с травмами челюстно-лицевой области на догоспитальном этапе	39
Анализ эффективности назначения инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом типа 2 с недостаточным гликемическим контролем и осложнениями.....	42
Опыт применения радиоактивного йода для лечения пациентов с диффузным токсическим зобом	43
Изменение состояния щитовидной железы у больных с ХПН на программном гемодиализе, находящихся в условиях йодного дефицита	44
Опыт применения метода НСРАР в условиях отделения новорожденных родильного дома	47
EX ANIMO \ ОТ ДУШИ	
Владимир Афонькин: «Спорт определяет всю дальнейшую жизнь»	50
Спасибо, женщина!	52
Аорто-коронарному шунтированию четверть века	54
Врач-невролог Вера Винникова, стихи	55
По следам публикаций	56

СОБЫТИЯ

ГУБЕРНАТОР ПРОВЕЛ СОВЕЩАНИЕ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ МИНЗДРАВА И ГЛАВНЫМИ ВРАЧАМИ ПОЛИКЛИНИК КРАСНОЯРСКА

На встрече, состоявшейся 9 марта, обсуждались вопросы модернизации системы оказания первичной поликлинической помощи жителям города и края.

По словам министра здравоохранения Вадима Янина, работа по модернизации первичного звена началась в 2015 году. За это время был изменен график работы поликлиник — теперь они открыты до 20 часов. Организованы доврачебные кабинеты, где пациент без визита к терапевту может получить необходимые рецепты на лекарства. Действует веб-регистратура, а в поликлиниках главные врачи стали проводить встречи с пациентами. Помимо этого, медицинский персонал активно реализует программы диспансеризации.

Виктор Толоконский обозначил нерешенные проблемы: дефицит кадров в поликлиниках, много бумажной работы у врачей.

— Терапевты не должны выполнять функцию диспетчера, направляя пациентов к узким специалистам, — заметил Толоконский. — Полную картину лечения — от постановки диагноза до выздоровления — должен видеть терапевт.

До конца марта специалисты здравоохранения подготовят перечень предложений по дальнейшей модернизации системы поликлинической помощи.

В КРАСНОЯРСКЕ СОСТОЯЛСЯ V СИБИРСКИЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



Конгресс в МВДЦ «Сибирь» прошел 10-12 марта под председательством главного внештатного эксперта-терапевта Министерства здравоохранения и социального развития РФ — академика РАН Александра Чучалина.

Специалисты обсудили вопросы этики современного врачебного сообщества, новейшие клинические рекомендации по диагностике и лечению основных заболеваний человека, представили инновации по оказанию высокотехнологичной помощи, обсудили стратегию Минздрава России по диспансеризации населения, тактику ведения редких болезней и генетических заболеваний, репродуктивное здоровье, терапию депрессивных расстройств, а также ряд других актуальных направлений. Прошли школы для практикующих врачей по различным медицинским специальностям, мастер-классы, конкурсы научных работ молодых ученых.

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА ПОЛУЧИЛА НОВОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ОТ БОЛЬШОГО БИЗНЕСА

25 февраля АО «Ванкорнефть», дочернее общество ОАО «НК «Роснефть», передало ведущей клинике края пять современных аппаратов искусственной вентиляции легких, две пневматических силовых системы для отделений травматологии и ортопедии и две системы вакуумного лечения гнойных ран.

Этот шаг стал началом долгосрочного партнерского проекта АО «Ванкорнефть» и КГБУЗ «ККБ». В ближайшей перспективе заплани-

ровано подписание соглашения о дальнейшем совершенствовании материально-технической базы больницы.

Через несколько дней после поставки оборудования главный врач краевой больницы Егор Корчагин продемонстрировал заместителю министра здравоохранения Борису Немику, заместителю председателя Законодательного собрания Алексею Клешко, генеральному директору АО «Ванкорнефть» Аркадию Кузнецову уже в полную силу работающее оборудование в отделении анестезиологии-реанимации № 1.

До конца 2016 года руководство «Ванкорнефти» создаст комплексную систему экстренного медицинского реагирования. В Игарке предполагается оснащение городской больницы для оказания экстренной медицинской помощи, а также строительство вертолетной площадки для бортов санитарной авиации. В аэропорту Игарки и на Ванкорском месторождении планируется оснащение медицинских пунктов реанимационным и телемедицинским оборудованием. Краевая клиническая больница будет обеспечена необходимым телемедицинским оборудованием для дистанционного консультирования коллег на местах, в том числе в экстренных ситуациях.

Аркадий Кузнецов подчеркнул, что система экстренного медицинского реагирования особенно актуальна для людей, живущих и работающих на Крайнем Севере, в условиях удаленности от крупных населенных пунктов.



ПРАВИТЕЛЬСТВО УЛУЧШИЛО УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ ВРАЧЕЙ В ПРОГРАММЕ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

В программу «Земский доктор» внесены изменения, позволяющие расширить географию и увеличить возрастной ценз медицинских специалистов, планирующих работать в сельской местности.

Сейчас врачи получают единовременные компенсационные выплаты 1 млн. рублей, если приезжают работать в сельскую местность. Изменения касаются возрастного ценза медицинских работников, имеющих право на выплату, — он увеличен с 45 до 50 лет. Кроме того, расширен перечень населенных пунктов, в которых будет предоставляться единовременное пособие. Раньше это были сельские населенные пункты либо рабочие поселки, теперь к ним добавлены поселки городского типа.

За период с 2013 по 2015 год единовременные компенсационные выплаты уже получили 317 молодых специалистов (терапевты, участковые терапевты, педиатры, стоматологи, хирурги, акушеры-гинекологи, неврологи, анестезиологи-реаниматологи). Наибольшее количество врачей прибыли на работу в следующие районы края: Сухобузимский (24), Ермаковский (24), Емельяновский (17), Березовский (16), Богучанский (14), Казачинский (14), Тасеевский (13), Каратузский (12), Эвенкийский (12).

ВРАЧИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРОВ ПРОВЕЛИ СОВМЕСТНУЮ ОПЕРАЦИЮ



В феврале в краевом онкодиспансере акушеры-гинекологи центра охраны материнства и детства и хирурги-онкологи краевого онкодиспансера провели одномоментную операцию беременной женщине с диагнозом рак молочной железы. На первом этапе пациентке провели кесарево сечение.

— Операция прошла без технических особенностей, — пояснил старший врач акушер-гинеколог отделения РКЦ «Центр охраны материнства и детства» Андрей Ганжуров. — Для проведения кесарева сечения был выбран вид спинальной анестезии, который свел к минимуму риск воздействия медикаментов на ребенка.

Ребенок, кстати, родился замечательный, и очень порадовал неонатологов: рост мальчика 52 сантиметра, вес — больше трех килограммов.

Ранее при наличии онкологического заболевания женщине категорически не рекомендовали беременность, настаивали на ее прерывании. Сейчас такой категоричности нет. Каждый год в онкодиспансере проходит пять-шесть родоразрешений, при которых выполняются различные онкологические операции.

ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗА 2015 ГОД

Проведение диспансеризации взрослого населения в 2015 году обеспечивали 87 медицинских организаций и 30 мобильных медицинских бригад.

Первый этап диспансеризации прошли 495 567 жителей Красноярского края (98,7 % от подлежащих). Второй этап — 143 040 человек.

Вредные привычки в питании отмечены у 23% человек. Курят — 15,3%. Недостаток физической активности отмечен у 14,7%. Избыточную массу тела имеют 11,2% человек, повышенный уровень артериального давления — 10,6%, повышенное содержание глюкозы в крови — 1,7%. Риск пагубного потребления алкоголя отмечен у 1,4% человек. По итогам выявления факторов риска установлено диспансерное наблюдение за 9318 гражданами.

Среди заболеваний, выявленных в ходе диспансеризации, на первом месте стоят болезни системы кровообращения — 221,1 случая на тысячу человек.

На втором месте — болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 102,1 случая на тысячу человек. На третьем — болезни органов пищеварения — 75,3 случая на тысячу человек.

Доля I группы здоровья — 30,7%, II группы — 27,3%, группы III а — 32,1%, группы III б — 9,8%.

По результатам диспансеризации, 69 349 пациентам (14,5%) назначено лечение, 6950 человек (1,5%) направлены на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем диспансеризации, 1415 человек (0,3%) направлены для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, 4669 человек (1%) направлены на санаторно-курортное лечение.

ИТОГИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

В конце февраля прошло заседание рабочей группы по вопросам медицинской этики и деонтологии министерства здравоохранения Красноярского края. Обсуждались итоги социологического исследования мнений участковых педиатров, терапевтов поликлиник и студентов 1-го курса КрасГМУ об этических основах деятельности врачей, которое провел в конце 2015 года Центр медицинской профилактики.

В ходе исследования опрошено 380 терапевтов и педиатров, 297 студентов. Исследование показало, что в большинстве своем респонденты считают, что установленные нормы этики деятельности врачей в нашей стране существуют. Более половины опрошенных считают, что ни при каких обстоятельствах нельзя изменять принципам профессионального долга врача. Около 78% респондентов считают, что врачебная тайна должна соблюдаться всегда. Абсолютное большинство респондентов (98%) на вопрос, касающийся помощи больному вне лечебного учреждения, ответили, что врач «определенно должен» помогать и «скорее должен».

Но вот мнения врачей и студентов об уважении чести врача в современном мире разделились. Студенты считают, что профессия врача в современном мире уважается (72,2%), а около половины опрошенных врачей сомневаются в этом.

Также разнятся мнения по вопросу, противоречит ли нормам врачебной этики применение эвтаназии. Более половины опрошенных терапевтов и педиатров (54%) считают, что эвтаназия противоречит нормам врачебной этики, а мнения студентов по этому вопросу неоднозначны: 33,3% считают, что эвтаназия противоречит нормам врачебной этики, 34,3% — не противоречит, 33,2% затруднились ответить на этот вопрос.

ИТОГИ 2015 ГОДА ПО ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Общая онкологическая заболеваемость по краю составила 432,2 на 100 тыс. населения. Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в Новоселовском районе — 730,7 на 100 тысяч.

Рост заболеваемости связан, в первую очередь, с постарением населения: 70% опухолей регистрируются у людей старше трудоспособного возраста. Также он связан с качественно новой системой работы по раннему выявлению рака и улучшением статистического учета.

В структуре заболеваемости на первом месте рак трахеи, бронхов, легкого (11,5%), на втором — молочной железы (11,3%), на третьем — кожи (10,9%), на четвертом — предстательной железы (7,8%), на пятом — рак желудка (6,5%). В структуре заболеваемости у мужчин лидирует рак легкого, на втором месте рак предстательной железы, на третьем — кожи. У женщин на первом месте рак молочной железы, затем кожи и шейки матки.

Доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, составила 50%, в Красноярске — 53,1%. Учитывая новообразования визуальных локализаций, диагностированные на III стадии, показатель запущенности в 2015 году составил 24,8%, что ниже показателя 2011 года на 17,7%. Отмечается снижение показателей запущенности рака визуальных локализаций: прямой кишки, шейки матки, щитовидной железы, молочной железы.

По показателю смертности среди 12 территорий СФО Красноярский край на 7-м месте.

КАК КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА

КАДРЫ



598 врачей
1111 медсестер
555 санитаров
18 докторов
медицинских наук
85 кандидатов
медицинских наук
11 профессоров

11 доцентов
39 отличников здравоохранения
8 заслуженных работников здравоохранения
18 заслуженных врачей РФ

102 НОВЫХ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Эндоваскулярное протезирование аортального клапана, операция по восстановлению каркаса грудной клетки, лечение перипротезной инфекции методом вакуум – терапии, видеокапсульная энтероскопия, диссекция опухолевых образований слизистой ЖКТ и др.

ВМП

ВМП оказывалась по пяти профилям: кардиология, кардиохирургия, нейрохирургия, травматология-ортопедия, трансплантология. Продолжалось снижение государственного задания по ВМП за счет средств краевого бюджета и рост госзаказа по ВМП ОМС.



ВСЕГО: 3 469



ВСЕГО ПАЦИЕНТОВ

Проконсультировано
77 805 человек

Выбыло
36 303 человека

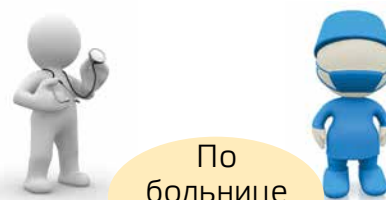
Из них

Хирургия **17 438**

Терапия **18 865**

Потенциально больница вне ОМС может пролечить дополнительно около **4** тысяч больных.

СРЕДНИЙ КОЙКО-ДЕНЬ



По
больнице
9,9%

Терапия
8,2%

Хирургия
9,8%

Средний койко-день по хирургическому профилю снизился за три года с **10,3** до **9,8**.

РАБОТАЛА В 2015 ГОДУ

Дефекты оказания
медицинской помощи **0,8%**

Качество медицинской помощи растет:
в **2013** году было **6%**, в **2014** году – **2,3%**.



ЛЕТАЛЬНОСТЬ

2,3%

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА

Внедрена система управления очередью на госпитализацию, практически завершена программа «Бюджетирование», применены новые технологии управления товарными запасами – штрих-кодирование препаратов и система КАНБАН, сформированы порционные требования, электронные требования в аптеку из клинических отделений, с целью повышения безопасности внедрена система браслетов у пациентов и так далее.



ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

- **18%** жителей территорий получают заочные консультации
- более **6,5 тыс.** пациентов зарегистрировали личный кабинет
- **18,2 тыс.** кардиограмм принято дистанционным центром ЭКГ-консультирования
- **1137** рентгенограмм принято дистанционным рентген-центром



САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ



1 922 – вылета



615 – выездов

РАЗРАБОТАНО 113 КВАЛИГРАММ

А так же чек-листы, проведены тренировки бригады врачей по оказанию помощи пациентам с сочетанной травмой, экстренные мониторинги поступления пациентов, организована работа по взаимодействию ККБ и скорой помощи и др.



4034 –
эвакуировано
пациентов

ИТОГИ

ОТНОШЕНИЯ ВРАЧ/ПАЦИЕНТ

- Опрошено человек **814**
- Внимательно и участливо относятся к больным **89%**
- Раздражительно, грубо **0,4%**

Пациенты отмечают снижение сроков ожидания госпитализации, повышение качества оказания медицинской помощи, улучшение обеспечения лекарственными средствами.

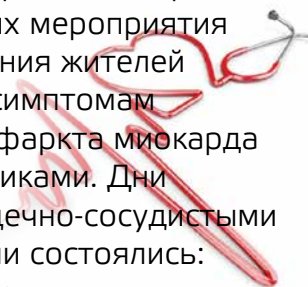
Мы отмечаем снижение жалоб со стороны пациентов на качество питания, дискомфорт пребывания в стационаре.



ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В 2015 году проведено три общегородских мероприятия в целях обучения жителей Красноярска симптомам инсульта и инфаркта миокарда с 1200 участниками. Дни борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями состоялись:

- Февраль **2015**, «Дом кино»
- Апрель **2015**, ТРК «КОМСОМОЛЛ»
- Сентябрь **2015**, ТРЦ «Планета»



НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **23** клинических многоцентровых исследования проводятся в краевой больнице
 - **156** научных статей опубликовано в различных журналах
 - **257** человек стажировались в ККБ
- По сравнению с **2013** годом количество стажеров в **2015** году выросло в четыре раза.
- Потребность районов такова: специалисты по функциональной диагностике (ЭХО-КГ, ЭКГ), специалисты УЗИ, рентгенологи, общая хирургия, урология.



Завершается проект реконструкции больницы



ФИНАНСОВЫЕ РАСХОДЫ (в млн. руб.)

- Бюджет – 3508**
- Покупка оборудования – 23
 - Покупка лекарств – 1334
 - Услуги сторонних организаций – 772
 - Заработная плата – 1351



ПРОЛЕЧЕНО ИНОГОРОДНИХ ПАЦИЕНТОВ

50 – иностранцев,
947 – пациентов из других регионов РФ.

Пациентов из других областей России становится больше: по сравнению с **2013** годом на **23%**.



СИСТЕМА «КАНБАН» ОЗНАЧАЕТ «ТОЧНО» И «ВОВРЕМЯ»

В 2016 году завершается внедрение порядка организации работы старших медицинских сестер по обеспечению лекарственными средствами, медицинскими изделиями (расходными материалами) стационарных отделений КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в системе «Канбан».

Медицинские работники знают, что традиционно аптечный шкаф старшей медицинской сестры забит препаратами. Старшие медицинские сестры привозят их в отделение на тележке из аптеки, причем заказывают на глазок. Опытные старшие делают это очень точно — они настоящие хозяйки в своем отделении, отлично ведут учет и знают, что и в какой момент нужно добрать из аптеки, чтобы пациенты ни в чем не нуждались.

Но эта традиционная система обеспечения отделения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения имеет серьезный недостаток — она завязана на конкретном человеке, пусть даже профессионале высокого класса. Эта система не прозрачна, что особенно ощущается, когда старшая медсестра уходит в отпуск. Если у нее в отделении нет опытного дублера, в отделении начинается паника, и покоя старшей не будет: ей будут звонить и спрашивать, где что лежит и что заказать в аптеке.

В 2015 году в краевой клинической больнице во всех стационарных отделениях внедрена система «Канбан» (в переводе с японского — бирка, карточка. «Канбан» — инструмент коммуникации, обеспечивающий полную прозрачность в расходовании лекарственных средств.

Происходит это так: бирка прикрепляется к таре с лечебными средствами и изделиями медицинского назначения и тем самым информирует сотрудников отделений, что из аптеки доставлено определенное количество изделий или препаратов. После использования всех лекарств и расходников «Канбан» возвращается в свою исходную точку, где служит заказом на производство новой партии изделий.

Запас лекарственных средств и расходников в отделениях стационара регулируется старшей медицинской сестрой на основании утвержденного стандартного перечня для конкретного профиля, исходя из заявки на закуп, финансовых средств, стандартов оказания медицинской помощи и фактического расхода за определенный период времени.

Для обеспечения порядка предусматриваются следующие мероприятия:

- старшая медицинская сестра отделения совместно с заведующим отделением определяет нормативный запас лекарственного средства по каждой позиции в соответствии с утвержденной годовой заявкой отделения и 10-дневной потребностью;
- запас ЛС, ИМН может храниться как в кабинете старшей медицинской сестры, так и на посту медицинских сестер с учетом соблюдения фармацевтического порядка. На каждое ЛС, ИМН оформляется «бирка», «карточка» по определенному образцу;
- «карточка» располагается на соответствующей группе (упаковке) ЛС и ИМН и указывает на их движение до минимально возможного запаса. По достижении расхода до минимального запаса «карточка» направляется в раздел «потребность» для пополнения стандартного запаса;

- старшая медицинская сестра на основании «карточки» из раздела «потребность» выписывает требование в аптеку на соответствующее количество ЛС и ИМН. После оформления требований в аптеку отработанная «карточка» направляется в раздел «в работе» до поступления ЛС и ИМН из аптеки;

- при поступлении препаратов и изделий медицинского назначения из аптеки карточка возвращается на соответствующую группу (упаковку) ЛС и ИМН для своевременного пополнения и контроля над расходованием;

- в случае если из аптеки не получено ЛС и ИМН по требованию, «карточка» направляется в раздел «дефектура» и сигнализирует администрации больницы о необходимости восстановления неснижаемого запаса;

- после сообщения администрации о дефектуре на ЛС и ИМН «карточка» из раздела «дефектура» переходит в раздел «потребность» и выписывается при очередном оформлении требования в аптеку.

«Канбан» сделал оборот препаратов и расходников прозрачным. Сегодня любой человек, открывая аптечный шкаф старшей медицинской сестры, понимает, какой запас препаратов имеется, когда закончится, и в чем отделение нуждается.

Старшие медицинские сестры краевой клинической больницы восприняли внедрение системы «Канбан» по-разному — одни приняли сразу, у других было внутреннее сопротивление. Сегодня лекарственными бирками пользуются почти во всех отделениях.

— Теперь в моем кабинете вообще нет лекарств, а те, что нам необходимы в работе, находятся в процедурном кабинете, — говорит старшая медицинская сестра отделения гинекологии Оксана Красовская. — Каждый вторник я заказываю в аптеке новые препараты, ориентируясь на потребность и дефектуру. Не беру ничего лишнего, не ошибаюсь, потому что «Канбан» обеспечивает порядок и прозрачность.



Оксана Красовская одной из первых старших медицинских сестер в больнице оценила преимущества системы КАНБАН

ОНКОСКРИНИНГ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МЕРА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКОВ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

М. И. Комлева, А. А. Модестов, Е. А. Непомнящая, Е. Н. Гаас, А. В. Степаненко

Министерство здравоохранения Красноярского края,

КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Крыжановского»

Еще пять лет назад показатели онкологической службы Красноярского края характеризовались относительно низкой заболеваемостью, низкой выявляемостью рака на ранних стадиях и высокой смертностью по сравнению с СФО и РФ. Данная ситуация отражала низкую эффективность медицинской работы, в то время как реализовывались федеральные программы по дополнительной диспансеризации населения. Между тем, анализ онкологической заболеваемости как в Красноярском крае, так в стране и мире, показывает, что пик онкологической заболеваемости приходится на возраст от 45-50 лет и старше. Учитывая такую ситуацию, была предложена программа, направленная на раннее выявление рака в группе риска по возрасту старше 50 лет.

Как показывает мировой и отечественный опыт, скрининг рака – эффективный метод снижения смертности с промежуточными результатами в виде снижения частоты выявления распространенных форм, увеличения частоты ранних форм рака и улучшение выживаемости. Например, эффективность цитологического скрининга рака шейки матки была ретроспективно подтверждена на основании сравнения смертности от рака этого органа в Исландии и Финляндии, где проводился массовый цитологический скрининг женского населения, и Дании, где организованной программы скрининга рака шейки матки не было.

Скрининг – это предположительное выявление скрытой болезни путем применения тестов, обследований и других процедур, которые могут быть проведены быстро. Скрининг-тесты позволяют отделить внешне здоровых людей с явными признаками заболевания от тех, кто, по-видимому, не болен (US Commission on Chronic Illness (1957). Chronic Illness in the US. Vol. I. Prevention of Chronic Illness. Cambridge, Mass: Harvard University Press).

Цель скрининга – раннее активное выявление и лечение бессимптомного рака.

Необходимо четко отличать скрининг от ранней диагностики, т.е. выявления заболевания у больных, которые сами обратились за медицинской помощью и чаще всего имеют те или иные жалобы и симптомы, так называемый оппортунистический скрининг. Популяционный скрининг обеспечивает равный доступ всех слоев населения к медицинской помощи и подразумевает: большой охват, персональные приглашения, контроль качества, методики скрининга должны быть изучены в рандомизированных исследованиях, определены интервалы программы, преимущества должны превышать риски и сбалансированы расходы.

Для реализации и внедрения онкоскрининга в амбулаторных учреждениях был разработан ряд нормативно-правовых документов, основным из которых является приказ МЗ Красноярского края № 401-орг от 05.08.2013 «О порядке организации медицинского осмотра лиц с риском развития злокачественных новообразований». Кроме того, разработаны

и внедрены: табель оснащения медицинского оборудования, стандарты медицинского осмотра и перечень обязательных манипуляций, методические рекомендации, шаблон осмотра, анкета, атлас с ЗНО наружных локализаций, порядок проведения диагностических лабораторных и инструментальных исследований; маршрут движения пациента с обязательными приглашениями и сверкой результатов после обследований, тариф на проведение доврачебного осмотра, формы учетно-отчетной документации, система планирования осмотров (план-график) и критерии эффективности, система контроля качества (плановая выездная работа), информационная система по сбору, анализу, учету, хранению и передаче данных, система образования персонала (центр стажировки фельдшеров, врачей ОВП и специалистов по параклинике на базе КГБУЗ «КККОД», ежегодные краевые и выездные региональные семинары).

В стандарт обследования вошли только методы скрининга рака, эффективность которых доказана: ежегодный маммографический скрининг РМЖ у женщин 50 лет и старше пожизненно, цитологический скрининг предрака и рака шейки матки, скрининг рака и предрака толстой кишки с помощью теста на скрытую кровь, скрининг рака предстательной железы: тест на ПСА.

Доминирующим фактором риска для лиц мужского и женского пола является возраст старше 50 лет. Раз в три года гражданин (ка) подвергаются диспансеризации, а между диспансеризациями ежегодно проходят онкоскрининг. Таким образом, каждый житель края раз в год подвергается стандарту обследования на предмет выявления ЗНО наружных и некоторых внутренних (предстательная железа) локализаций.

Результаты

За четыре месяца 2013 года было осмотрено по онкоскринингу 40 276 человек, что составило 93,7% от запланированного количества, и выявлено 379 злокачественных новообразований (ЗНО) из которых на 1-2-й стадиях – 44,8%.

В 2014 году прошли онкоскрининг 100 900 человек (94,7%), выявлено ЗНО 458 случаев, на 1-2-й стадиях – 59,7%.

В 2015 году показатели осмотров и эффективности выросли до 103 735 числа осмотренных (95,6% выполнение плана), выявлено 480 случаев ЗНО из которых на 1-2-й стадиях – 63,7% (рис.1, 2, 3).

В течение последних двух лет ведущей локализацией, выявляемой на онкоскрининге, является молочная железа, что, безусловно, связано с использованием маммографии и ростом числа установок в Красноярском крае от 33 в 2010 году до 56 к 2014 году.

В 2014 году второе место по выявляемости на онкоскрининге занимал рак кожи (17,1%), в 2015 году данная локализация переместилась на третье место (16,7%), уступив второе место раку предстательной железы (18%), что отчасти обусловлено наличием в стандарте онкоскрининга

онкомаркера простатспецифического антигена (ПСА). Удельный вес всех выявляемых на онкоскрининге локализаций представлен в таблице 1.

Таблица 1

Локализации, выявляемые на онкоскрининге за период 2014-2015 гг.

Локализации	2014 (%)	2015 (%)
молочная железа	25,6	28,4
кожа	17,1	16,7
предстательная железа	12,7	18
легкие	15,2	5,7
желудок	4,4	1,9
шейка матки	2,8	4,1
прямая кишка	1,8	3,3

Таким образом, проведение онкоскрининга оправдано высокой выявляемостью онкологической патологии год от года и значимой долей ранних стадий среди всех выявленных ЗНО. Для повышения эффективности этой работы продолжается обучение (стажировка) медицинского персонала, участвующего в проведении онкоскрининга на базе КГБУЗ «КККОД им. А. И. Крыжановского». В первую очередь это фельдшера смотровых кабинетов, а также врачи ОВП, рентгенологи, эндоскописты, врачи функциональной диагностики. Также образование специалистов первичного звена в отношении улучшения навыков ранней диагностики и повышения онконастороженности будет продолжено через регулярное проведение образовательных семинаров как на краевом уровне, так и межрайонном, в том числе при проведении выездной работы.

Учитывая высокую заболеваемость в Красноярске и крае раком легкого, который занимает в общей структуре онкологической заболеваемости на протяжении последних пяти лет лидирующее место, в качестве пилотного проекта в 2015 году в Красноярске начато проведение скрининга рака легкого методом низкодозовой компьютерной томографии (НДКТ). Она заменяет ежегодное флюорографическое обследование у лиц группы риска: мужчин в возрасте 50-65 лет с индексом курения 30 и более пачка/лет. Использование НДКТ позволяет выявлять в три раза большее число очаговых образований в легких, треть из которых являются раком легкого, причем на ранней стадии, что позволяет провести малоинвазивное хирургическое лечение, улучшить прогноз пациента.

С учетом высокой выявляемости (1,5%) рака легкого в рамках программы, включенной в диспансеризацию взрослого населения, планируется внедрить ее и в онкоскрининг, дополнив анкету вопросом о стаже курения и количестве ежедневно выкуриваемых сигарет – для определения индекса курения пачка/лет и формирования группы лиц, которым ежегодно в рамках онкоскрининга и диспансеризации будет вместо ФЛГ проведено НДКТ легких.

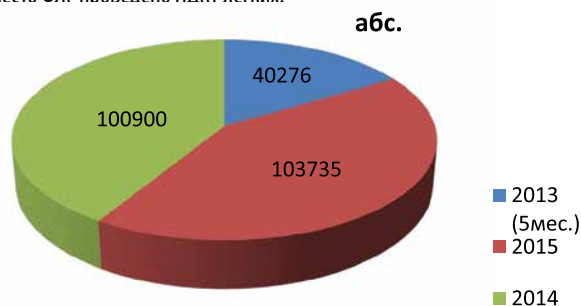


Рис. 1. Динамика количества осматриваемых за период 2013-2015 гг.

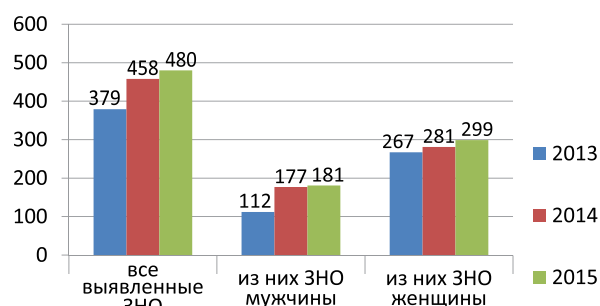


Рис. 2. Динамика количества выявленных ЗНО за период 2013-2015 гг. (в том числе среди мужчин и среди женщин).



Рис. 3. Удельный вес ранних стадий (I-II) на онкоскрининге за период 2013-2015 гг.

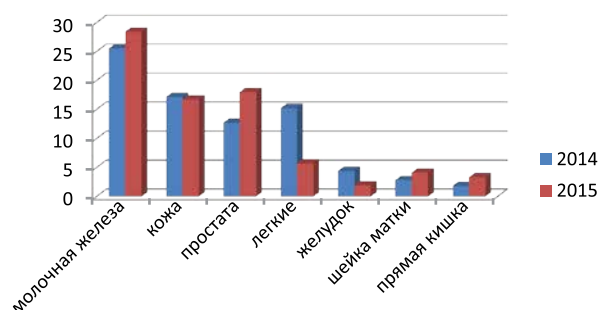


Рис. 4. Ведущие локализации ЗНО, выявляемые на онкоскрининге по данным 2014-2015 гг.

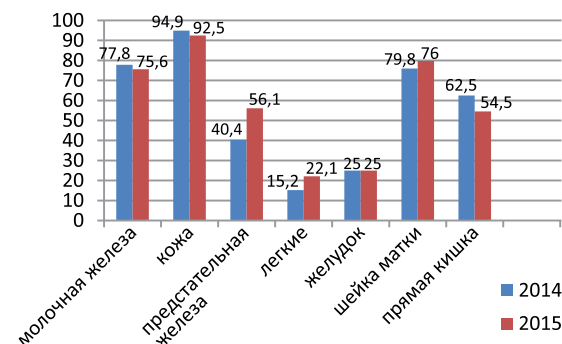


Рис. 5. Выявление на I-II ст. локализации (%).

КАРТИНКИ С ВЫСТАВКИ «ЕНИСЕЙМЕДИКА-2016»

Представляем фоторепортаж с популярного ежегодного события: 10-12 марта в Красноярске проходила XXIV медицинская выставка-форум «ЕнисейМедика-2016»

В МВДЦ «Сибирь» работали четыре площадки краевой клинической больницы. Посетителей привлекали палатки в жизнерадостном корпоративном цвете, но самое главное — люди стремились воспользоваться приятной возможностью: получить консультации у лучших в крае специалистов, пройти диагностические обследования, узнать о современных медицинских технологиях.

В этом году краевая больница показала на выставке свои возможности в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, преподавала посетителям уроки сердечно-легочной реанимации и распахнула двери Мобильной поликлиники.

Всего посетителями нашей экспозиции стали 1200 человек.

Наибольшей популярностью пользовался передвижной поликлинический комплекс: проведено 190 флюорографических исследований и 130 маммограмм. Несколько сотен человек проконсультированы кардиологом, эндокринологом, другими специалистами.

В павильоне, посвященном современным технологиям в лечении опорно-двигательного аппарата, травматологи-ортопеды и нейрохирурги организовали видео — лекторий и тематические столы. Специалисты не только рассказывали заинтересованным посетителям о новых технологиях, но и показывали — на муляжах.

Большое внимание в беседах с гражданами доктора уделяли вопросам травматизма, в том числе при ДТП, а также профилактике остеопороза и остеохондроза.

На совместной кардио-неврологической площадке красноярцы могли оценить индивидуальный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и получить профессиональные советы врачей. Ключевой темой мини-лекций была профилактика инсультов и инфарктов, современные технологии лечения этих заболеваний.

В 2016 году впервые на площадке «ЕнисейМедика-2016» посетители обучали сердечно-легочной реанимации.

270 посетителей не только видели, как проводятся реанимационные мероприятия при остановке сердца на муляже, но и сами повторили действия врачей.

Всем посетителям врачи краевой больницы выдавали информационные буклеты в корпоративном оранжевом цвете и, конечно, желали здоровья.

Синхронно с медицинской выставкой стартовал V Сибирский конгресс «Человек и лекарство».

Традиционно конгресс проходит под председательством и покровительством главного внештатного эксперта-терапевта Министерства здравоохранения и социального развития РФ, академика РАН Александра Чучалина — человека энциклопедических знаний, широчайшего гуманитарного кругозора и аристократической простоты.

Обаяние академика Чучалина делает конгресс чрезвычайно популярным у врачей всех специальностей, но не только личность организатора привлекает на форум «Человек и лекарство» тысячи докторов, а прежде всего, его актуальность.

В 2016-м конгресс, как и в прошлом году, начался с актуальной темы — грипп и пневмония.

Затем специалисты говорили об этике и морали врачебного сообщества, обсуждали новейшие клинические рекомендации по диагностике и лечению основных заболеваний.

Каждый раз конгресс представляет инновации, которые вскоре приходят в медицину. В частности, именно рекомендации, зачитанные на форуме, позволили резко снизить в крае смертность от пневмонии в 2013-2014 гг.

Говоря об этике врача, академик Чучалин напомнил собравшимся, что медицинское сообщество имеет двух святых, один из них — Святитель Лука Войно-Ясенецкий, другой — недавно канонизированный Архиерейским Собором страстотерпец доктор Евгений Боткин.

— Это для всех нас очень большая ответственность, — заключил Александр Чучалин.

Конечно, он имел в виду, что российским медикам есть на кого равняться в работе и духовной жизни.

В ходе конгресса медики оценили стратегию Минздрава России по диспансеризации населения, по ведению редких генетических заболеваний, репродуктивного здоровья, терапии депрессивных расстройств.

Прошли школы для практикующих врачей, мастер-классы, конкурсы научных работ молодых ученых.



«Мобильная поликлиника» вызвала наибольший интерес посетителей выставки



К травматологам было много вопросов по лечению остеопороза



Молодые врачи обучали граждан сердечно-легочной реанимации



Главный кардиолог края Сергей Устюгов



Посетители слушали лекции по инфарктам и инсультам

Алгоритм базовой сердечно-легочной реанимации



Если вы увидели пострадавшего,
подойдите к нему и спросите, как его зовут.

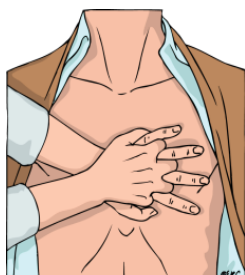


Если он не отвечает,
проверьте наличие самостоятельного дыхания
(в течение 10 сек.).



Отсутствие сознания и самостоятельного дыхания –
признак остановки кровообращения!

- Вызовите помощь.
- Немедленно приступайте к непрямому массажу сердца.



- Расположите руки, сцепленные в замок,
в центре грудной клетки.
- Сделайте **30 компрессий** с частотой 100–120 нажатий в минуту и глубиной 5–6 см.



Затем сделайте **два искусственных вдоха**.

30 : 2

Повторяйте компрессии и вдохи до прибытия
реанимационной бригады.

Помните - ваши руки могут спасти жизнь!

Необыкновенный
Casus **extraordinarius**
случай

СЛУЧАЙ РЕДКОГО АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОЙ С ЖКБ, ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТИТОМ

А. Е. Попов, Н. Ю. След, И. О. Тумаков
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И. С. Берзона»

В хирургической практике anomальное строение печени встречается крайне редко. Наиболее часто встречается вариантная анатомия трубчатых структур печени (артерий, вен, желчевыводящих протоков). По данным аутопсии аномалии развития печени составляют всего 0,3% от всего количества вскрытий [1, 3].

Анатомически печень представляет собой единый орган, состоящий из двух долей (левой и правой), которые по диафрагмальной поверхности печени условно разделяются друг от друга серповидной связкой. В свободном крае заложен плотный фиброзный тяж – круглая связка печени. Она, перегибаясь через нижний край печени, образует вырезку и ложится на висцеральной поверхности печени в левую продольную борозду, которая на этой поверхности является границей между левой и правой долями печени [1].

При нормальном анатомическом строении печени гепатодуоденальная связка, состоящая из гепатохоледоха, собственной печеночной артерии и воротной вены, подходя к воротам печени, начинает раздваиваться, образуя «конфлюенц». Соответственно правая артерия вена и желчный проток входят в паренхиму правой доли, левые трубчатые структуры – в паренхиму левой доли.

Анатомическая структура печени сложна, выделяют первичные и вторичные ворота печени. Первичные ворота, как уже было сказано, разветвляются на желчный проток, печеночную артерию и воротную вену. Вторичные ворота находятся там, где в нижнюю полую вену собирается кровь из печеночных вен [2].

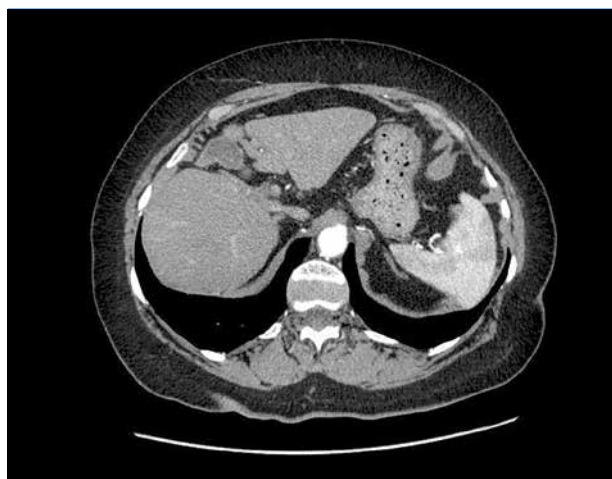


Рис. 1. Спиральная компьютерная томография печени больной М., 65 лет. Стрелками обозначены отдельно расположенные левая и правая доли печени.

В описанном случае у пациентки левая и правая доли печени были расположены абсолютно отдельно. Ворота печени отсутствовали. Разделение желчного протока, портальной вены печеночной артерии, входящих в состав гепатодуоденальной связки, происходило дистально. Соответствующие структуры связки изолированно впадали в левую и правую доли печени.

Клинический случай

Больная М., 65 лет, поступила в плановом порядке в 1ХО КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» 16.06.2014 года с диагнозом желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, гипертоническая болезнь II Ф. кл., риск 3, СН I – II А, ожирение III ст.

По данным ультразвукографии: печень без особенностей, желчный пузырь размером 38 x 12 мм с множеством гиперэхогенных теней (отключенный желчный пузырь), поджелудочная железа размером 26x18x30 мм, контур ее четкий, ровный, структура однородная.

На амбулаторном КТ (рис. 1) имеется вариант развития печени – глубокая междолевая борозда полностью разделяет правую и левую доли печени. Желчный пузырь располагается в междолевой щели, имеет утолщенные стенки, содержит Rg-контрастный конкремент. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, холедох прослеживается на всем протяжении. Признаков очагового поражения печени, поджелудочной железы не выявлено. Форма и размеры поджелудочной железы без особенностей.

После дообследования, осмотра терапевта больная в плановом порядке 18.06.2014 года была оперирована. На операции обращало на себя внимание anomальное анатомическое строение печени: по диафрагмальной и висцеральной поверхностям печени, на границе SV, SVI и SVIII имела глубокая вырезка, идущая практически до нижней полой вены. «Конфлюенц» холедоха, печеночная артерия и воротной вены были расположены вне печеночной ткани. Правая и левая портальные ножки впадали в печеночную паренхиму в проекции SV и SIV соответственно. Желчный пузырь размером 80x30 мм расположен в печеночной щели, фиксирован тонкой складкой брюшины к глиссоновой капсуле SV, в просвете определяется несколько различных по размеру конкрементов.

Выполнена холецистэктомия «от дна», перевязана пузырная артерия, пузырный проток до 0,5 см в диаметре. После пересечения из пузырного протока под давлением поступала прозрачная желчь. Холедох был не расширен, до 0,8 см в диаметре. Пальпаторно конкрементов в нем не определялось. Маточный зонд № 5 свободно проходил в ДПК. Пузырный проток был дренирован (рис. 2). Подпеченочное пространство дренировано перфорированной трубкой. При

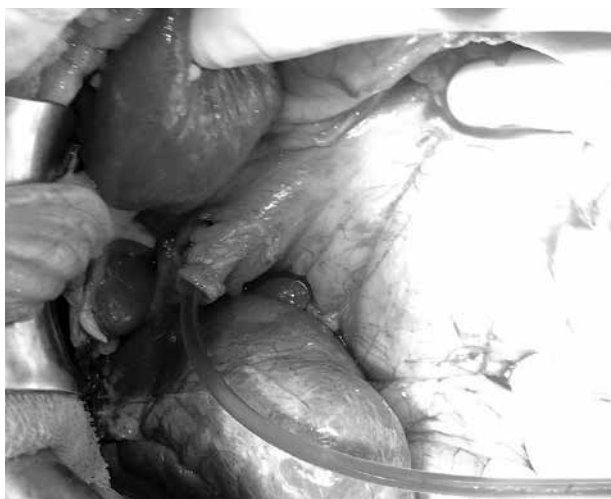


Рис. 2. Этап операции больной М., 65 лет. Стрелками обозначены раздельные левая и правая доли печени. Дренаж в пузырном протоке.

ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено. Лапаротомная рана ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Лапаротомная рана зажила *per primae*. Швы сняты. 02.07.2014 года больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Таким образом, в 1ХО КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» была успешно прооперирована больная с хроническим калькулезным холециститом, имеющая anomalous строение печени.

Литература

Анатомия человека // под ред. М.Р. Салмина, 2-е изд. перераб. и доп. — Т. 1. — М.: Медицина. — 1991. — 466 с.

Оперативная хирургия // под ред. И. Литмана. — Академия наук Венгрии, 1981. — 1175 с.

Пытков М.И., Ватолин К.Б., Зубарева Е.А. Ультразвуковая диагностика кавернозной трансформации у новорожденных детей // «Вестник рентгенологии и радиологии». — 1995. — № 4. — С. 36-38.

КАРДИОЛОГИЯ

СТРЕССОВАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (ТАКОЦУБО): ЛИТЕРАТУРНАЯ СПРАВКА И ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Л. И. Пелиновская, А. Е. Рязанов, Н. А. Новикова, В. А. Мосина, Э. Э. Иваницкая, Л. Г. Битюкова, Л. С. Глизер, Е. Ю. Бутенко, Я. И. Вериге, Е. А. Курляндская
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Одним из «новых» клинических синдромов, определение которого и выделение в отдельную нозологию представилось возможным благодаря высоким диагностическим технологиям, стал синдром такоцубо, или стрессовая кардиомиопатия (СКМП).

Синдром такоцубо — это обратимое, локальное или диффузное снижение сократимости миокарда с клинической и электрокардиографической (ЭКГ) картиной острого инфаркта миокарда (ОИМ), повышением уровня кардиоспецифических ферментов при неизменных коронарных артериях.

Наиболее часто для этого синдрома применяют такие обозначения, как «синдром преходящего раздувания верхушки», «синдром раздувания верхушки левого желудочка», «синдром разбитого сердца», «транзиторное катехоламинергическое поражение миокарда» и, наконец, «кардиомиопатия такоцубо» и «стрессовая кардиомиопатия».

Лишь два последних термина широко приняты для обозначения этой формы КМП и закреплены в Международной классификации болезней.

Впервые эта патология была описана японскими учеными Н. Satoh и соавторами в 1990 году у пяти больных. Синдром был назван кардиомиопатией *takotsubo* [2, 3, 14]. Поводом для этого послужило сходство данных ангиограммы левого желудочка (ЛЖ) с ловушкой для осьминога — вследствие акинезии верхушки и средних сегментов ЛЖ в сочетании с гиперкинезией его базальных отделов. В последних

статьях описаны различные варианты нарушений сократимости миокарда у пациентов с КМПТ.

Наиболее типичными нарушениями считаются гипокинез и дискинез верхушки ЛЖ. Однако за последние годы увеличилось количество клинических описаний пациентов с КМПТ с нарушением сократимости миокарда преимущественно в среднем отделе левого желудочка при гипер- или нормокинезе верхушки и базальных сегментов ЛЖ, а также с акинезом базальных сегментов при гиперкинезе верхушки и нарушением только передней стенки левого желудочка [2, 3, 4, 7].

Истинная частота развития СКМП неизвестна. Результаты нескольких исследований свидетельствуют, что у 1-2% больных, госпитализированных с диагнозом ОКС или инфарктом миокарда (ИМ), на самом деле имеет место стрессовая КМП. В 90% случаев развитие СКМП встречалось у женщин [6] и чаще в возрасте 58-75 лет и только в 10% — у мужчин. Имеются единичные описания СКМП у детей и подростков.

По данным большого ретроспективного одноцентрового исследования с анализом 100 пациентов, четырехлетняя выживаемость больных, перенесших синдром такоцубо, не отличалась от таковой в соответствующих по возрасту и полу группах населения, но частота рецидивов за этот период наблюдалась в 11,4% случаев [1].

Летальность, по данным большинства авторов, достигает 1-3% [4, 9, 10, 11, 12]. Как правило, в отсутствие тяжелого сопутствующего заболевания прогноз больных с СКМП благоприятный.

Среди возможных обсуждаемых этиологических факторов возникновения КМПТ доминирующим является эмоциональный и физический стресс, сопровождающийся острым выбросом катехоламинов, повышением чувствительности адренорецепторов, нарушением симпатической иннервации сердца и вегетативной дисфункцией, развивающейся в ответ на стресс. Высказывается мнение, что это состояние может представлять собой abortивный (прерванный) вариант ОИМ.

Рассматриваются следующие возможные теории патогенеза СКМП: увеличение симпатoadренальной активности с одновременным снижением парасимпатического тонуса, катехоламин-индуцированный множественный коронарораспизм, коронарная микроваскулярная дисфункция, прямое кардиотоксическое действие катехоламинов, в результате чего развивается так называемое оглушение (станнирование) миокарда.

Однако ни один из предполагаемых механизмов не позволяет полностью объяснить развитие всех случаев заболевания. Установлено, что в 70-80% случаев СКМП связана с чрезмерным или продолжительным стрессом и глубокими эмоциональными переживаниями, такими, как потеря или болезнь близкого человека, гнев, раздражение, отчаяние, потеря работы, финансовые потери [4, 5, 6, 7]. Известен факт, когда после землетрясения в Японии в 2004 году было диагностировано в течение месяца сразу 16 случаев кардиомиопатии такоцубо.

Наиболее частыми клиническими проявлениями СКМП являются боли в груди (65%) [1, 2, 10], менее частыми симптомами – одышка (в 16,2% случаев) [1, 2, 8, 14], отек легких. Однако не часто встречаются остановка сердца, кардиогенный шок, желудочковые аритмии. Отмечаются неспецифические симптомы, такие, как синкопе, слабость, кашель. В анамнезе: наличие предшествующего выраженного эмоционального или физического стресса, который наблюдается примерно у 70% [1, 7, 11].

Повышение уровней сердечных маркеров (тропонины и/или КФК) положительны в 85,5% [1, 2, 7], но уровень повышения чаще ниже, чем при инфаркте миокарда [1, 7, 11, 12]. Изменения ЭКГ в остром периоде КМПТ характеризуются подъемами, но чаще регистрируется элевация сегмента ST (87%), инверсия зубца Т (75%). Q волны зарегистрированы в 20-31,8% случаев [4, 12, 13], удлинение скорректированного интервала QT ($c > 450$ мс), что может приводить к желудочковой тахикардии типа «пируэт».

Важно заметить, что сегмент ST возвращается к изолинии через несколько дней или недель (реже – месяцев), зубец Q или комплекс QS могут оставаться [7, 4, 13].

Эхокардиография является необходимым методом для постановки диагноза. На ЭхоКГ выявляются гипокинез или акинез средних и апикальных сегментов ЛЖ, топически локализованные вне зоны распределения какой-либо одной коронарной артерии. Отмечается также снижение фракции выброса в острой стадии до 20-49% с последующим повышением до 59-76% [2, 3, 8].

У четверти больных выявляется вовлечение верхушки правого желудочка, этот вариант отличается более тяжелым течением заболевания, у этих больных более высокий риск развития застойной сердечной недостаточности [2, 3]. Особенностью коронарной ангиографии больных является отсутствие гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий, которые могли бы объяснить указанные нарушения сократимости миокарда [2, 3, 14].

Для диагностики СКМП обычно используют «модифицированные критерии клиники Мейо» [2, 3, 14], которые должны включать четыре следующих признака:

- переходящий гипокинез, акинез или дискинез средних сегментов ЛЖ как при наличии, так и в отсутствие вовлечения верхушки нарушения локальной сократимости миокарда; часто наличие провоцирующего стрессового фактора;
- отсутствие стенозирующего поражения коронарных артерий или ангиографических признаков острого разрыва атеросклеротической бляшки по данным коронарографии;
- элевация сегмента ST и/или инверсия зубца Т, либо умеренное повышение уровня кардиоспецифического тропонина в крови;
- отсутствие феохромоцитомы (обновленные в 2008 году критерии не включают этот пункт).

Следует отметить, что еще не проводились клинические испытания, которые бы могли стать основанием для создания рекомендаций по лечению больных с СКМП. Применяют такие подходы, как мониторингирование сердечных аритмий в течение двух и более суток, введение антикоагулянтов в первые часы (гепарина) для снижения риска образования пристеночного тромбоза. Исходя из основных предположений о патогенезе заболевания, наиболее оправданным представляется применение бета-адреноблокаторов [2, 3, 4, 7], ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента [8].

Четких критериев длительности терапии нет. Необходимо продолжить терапию до полного восстановления сердечной функции. КМПТ является доброкачественным заболеванием, в подавляющем большинстве случаев которое заканчивается полным восстановлением функции ЛЖ через 2-4 недели после манифестации симптомов [5].

Клинический пример

Больной Ф., 22 года, поступил в краевую клиническую больницу (ККБ) 11.09.2015 г. Жалоб на момент госпитализации не предъявлял. Поступил повторно с целью верификации диагноза. Первая госпитализация по 2-дневному МЭСу для проведения коронарографии.

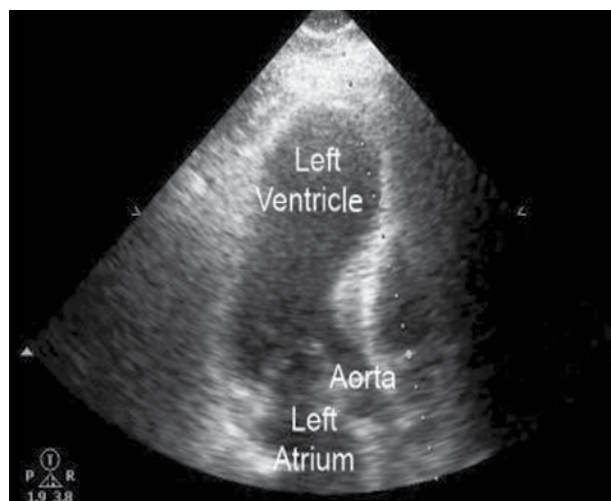
Из анамнеза известно, что заболел остро 11.07.2015, когда появились интенсивные боли за грудиной, не купируемые нитратами. Накануне перенес стрессовую ситуацию (не смог устроиться на желаемую работу). Доставлен машиной скорой медицинской помощи в районную больницу Абакана. На электрокардиограмме (ЭКГ) выявлен зубец Q с подъемом сегмента ST на нижней стенке левого желудочка и (-) зубцы Т в грудных отведениях. Тропониновый тест повышен (10,5 нг/мл).

Были проведены системный тромболитический и лечение следующими препаратами: аспирин, клопидогрел, антикоагулянты, бета-блокаторы, статины, препараты калия. На фоне лечения состояние улучшилось, боли прошли.

Выписан через 16 дней, направлен на диагностическую коронарографию в ККБ Красноярск. На электрокардиограмме, записанной за два года до этого эпизода, болей, никаких отклонений от нормальных показателей не было.

В день появления болей на ЭКГ легкий подъем интервала ST во II и III стандартных отведениях и зубец Q в III стандартном отведении и в AVF. В грудных отведениях снизился вольтаж зубца Т, а сегмент ST на изолинии. Через три дня сохранялся зубец Q в III стандартном отведении и в AVF. В II, III стандартных и грудных отведениях, начиная с V3, появился отрицательный зубец Т.

На эхокардиограмме (ЭХО-КГ) от 13.07.2015, проведенной через день после эпизода интенсивной боли, выявлен гипокинез нижнего, бокового сегментов на базальном и среднем уровнях нижнего верхушечного отделов ЛЖ, а фракция выброса была снижена до 46% по Теихольцу, по Симпсону до 48%. При холтеровском мониторингировании от 23.07.2015 выявлена элевация сегмента ST и отрицательный зубец Т



ЭхоКГ. У больных с КМПТ регистрируются апикальный и/или среднежелудочковый акинез/гипокинез в сочетании с базальным гиперкинезом. Данные нарушения не соответствуют какому-то определенному сосудистому бассейну.

во всех отведениях, зарегистрированы суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы и эпизоды атриовентрикулярной блокады I и II степеней по типу Мобит 2 (8 эпизодов).

Через месяц больной планово госпитализируется в ККБ с целью проведения диагностической коронарографии. В динамике на ЭХО-КГ участков локальной гипокинезии не определялось, а фракция выброса выросла до 56%. 12.08.2015 проведена диагностическая коронарография: тип кровообращения — правый, коронарные артерии не изменены. Выполнена аортография грудного отдела аорты: данных за расслоение аорты нет, аортальный клапан состоятелен.

В объективном статусе без особенностей. Рост 196 см. Вес 96 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажностью. Цианоза и периферических отеков нет.

Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС — 60 уд. в мин., пульс — 60 уд. в мин. АД — 120/76 мм рт. ст.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пальпация живота безболезненная. Общий анализ крови и биохимические показатели крови, в том числе маркеры воспаления, без патологии.

В сентябре больной был приглашен на повторную госпитализацию в ККБ. Болей в области сердца за этот период не было. В объективном статусе отклонений от нормальных показателей нет.

На ЭКГ сохраняется зубец Q в III стандартном и AVF отведениях, сегмент ST во всех отведениях на изолинии, сохраняются отрицательные зубцы T в I, II, III стандартных и с V4 по V6 грудных отведениях. Холтеровское мониторирование от 23.09.2015: ритм синусовый, желудочковая экстрасистолия, нет A-V блокады. Ишемических изменений ST и T не выявлено. На ЭХО-КГ — зон локальной гипокинезии нет, фракция выброса 56% (по Тейхольцу).

Проведено обследование у генетика: исключены синдром Марфана, акромегалия. На основании данных анамнеза, клинической картины, лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз стрессовая КМП, или кардиомиопатия такоцубо.

Основное в диагностике, что позволило выявить СКМП:

- интенсивная, длительная, загрудинной локализации боль, возникающая после стрессовой ситуации;
- изменения ЭКГ в виде зубца Q в III стандартном отведении и отрицательных зубцов T в грудных отведениях;

- повышение уровня тропонина;
- находка локального гипокинеза на базальном и среднем уровнях нижнего верхушечного сегментов ЛЖ на вторые сутки заболевания;
- снижение фракции выброса до 46% с положительной динамикой через месяц (фракция выброса выросла до 56%, локальная гипокинезия не выявлена);
- неизмененные коронарные артерии.

Выводы

Следует помнить, что диагностика не должна проводиться ради диагностики. При сомнениях в диагнозе у больного с инфарктно подобной картиной в сочетании с положительным тестом с тропонином — лучше гипердиагностика ОИМ и его лечение. И только затем разумный анализ новых данных (динамика ЭКГ, ЭХОКГ), поскольку главное в диагностике СКМП — находки эпизодов преходящих и, главное, обратимых локальных гипокинезов стенки ЛЖ, которые снижают систолическую функцию при отсутствии изменений в коронарных артериях, что и было определяющим в нашей диагностике стрессовой кардиомиопатии у данного больного.

Литература

- Арутюнов Г. П., Хохлова Н. В., Былова Н. А., Тухтина А. С. Сердце в осямиженной ловушке // Архив внутренней медицины. — 2013. — № 6 (14). — С. 41-46.
- Гиляревский С. Р., Косолапов Д. А., Лопотовский П. Ю. и соавторы. Стрессовая кардиомиопатия, или кардиомиопатия takotsubo (такотсубо) // Сердечная недостаточность. — 2010. — Том 11. № 5 (61). — С. 306-314.
- Гиляревский С. Р. Кардиомиопатия такоцубо. Подходы к диагностике и лечению. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 184 с.
- Латфуллин И. А., Ким З. Ф. Синдром такоцубо // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2010. — № 9 (6). — С. 109-120.
- Лебедева А. М., Васильева Е. Ю., Шпектор А. В. Кардиомиопатия такотсубо (часть 1) // Креативная кардиология. — 2012. — № 1. — С. 123-132.
- Лебедева А. М., Васильева Е. Ю., Шпектор А. В. Кардиомиопатия такотсубо. Часть 2 // Креативная кардиология. — 2012. — № 2. — С. 75-84.
- Лебедева А. М., Васильева Е. Ю., Шпектор А. В. Кардиомиопатия такотсубо (часть 3) // Креативная кардиология. — 2013. — № 1. — С. 82-87.
- Остро возникающая обратимая кардиомиопатия, обусловленная внезапным эмоциональным стрессом: описание серии случаев // Доказательная кардиология. — 2005. — № 2. — С. 24-30. Источник: Sharkey S.W., Lesser J.R., Zenovich A.G., et al. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. Circulation 2005; 111: 472-479.
- Сенаторова А. С., Стенковая И. А., Страшок А. И., Хаин М. А., Вергелис Н. В. Кардиомиопатия такоцубо у подростков — новый клинический вариант неклассифицируемых кардиомиопатий // Таврический медико-биологический вестник. — 2010. — том 13. — № 2. — С. 4-6.
- Akashi YJ, Anker SD. Takotsubo cardiomyopathy. Int J. Cardiol. 2006; 112 (1): 114-5.
- Bybee KA, Kara T, Prasad A et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med. 2004; 141(11): 858-865.
- Donohue D, Movahed MR. Clinical characteristics, demographics and prognosis of transient left ventricular apical ballooning syndrome. Heart Fail Rev. 2005; 10 (4): 311-6.
- Gianni M, Dentali F, Grandi AM, et al. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. Eur Heart J. 2006; 27 (13): 1523-9.
- Nguyen T.H., J.D. Horowitz. Дифференциальная диагностика кардиомиопатии такоцубо и острого инфаркта миокарда // E-Journal of Cardiology Practice. — Vol. 13. Перевод Г. Данилина.

СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ НЕЙРОФИБРОМЫ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ

Нейрофиброматоз, или синдром Реклингхаузена, — самое распространенное наследственное заболевание, предрасполагающее к возникновению опухолей у человека.

Различают несколько типов заболевания, обусловленных различными мутациями, среди которых наиболее распространенным является тип I. Реже встречаются тип II, нейрофиброматоз сегментный, нейрофиброма диффузная, а также abortивные формы, проявляющиеся пятнами цвета кофе с молоком в сочетании с другими дефектами развития.

Нейрофиброматоз I типа — аутосомно-доминантное нервно-кожное заболевание с частотой 1:2500–4:5000. Заболевание проявляется у детей с периода новорожденности до 5-летнего возраста, когда врачи-неврологи фиксируют на коже ребенка характерные пятна цвета кофе с молоком.

Нейрофибромы — доброкачественные опухоли, развивающиеся из леммоцитов (шванновские клетки) периферических нервов, являются наиболее типичным признаком заболевания. Они появляются обычно к периоду полового созревания и представляют собой мягкие, розовые, возвышающиеся или сидящие на ножке образования.

Нередко у больных развиваются кифосколиоз, кардиореспираторная патология, у 33% больных снижен интеллект, характерны также отставание физического развития, эндокринные нарушения (гинекомастия, гиперпаратиреозидизм и др.). У 40% больных выявляют опухоли ЦНС, возможны озлокачествление и метастазирование опухолей.

Нейрофиброматоз I типа иногда проявляется плексиморфными нейрофибромами, достигающими гигантских размеров. Лечение таких нейрофибром исключительно хирургическое, но не радикальное, потому что нейрофибром обычно несколько, и рост опухолей продолжается в течение всей жизни больного.

Тем не менее, пациенты всегда соглашаются на оперативное удаление гигантских опухолей, которые резко снижают качество жизни.

Операции по удалению нейрофибром требуют высокого мастерства хирурга. Поскольку опухоль растет с детства вместе с пациентом, ее сосуды имеют значительный диаметр и избыточно развитую сеть в подкожной клетчатке и подлежащих тканях.

Анестезиологическое пособие тоже производится с учетом высоких рисков для жизни больного, потому что удаление гигантской опухоли связано с резким падением ОЦК, иногда на треть, как у описываемой ниже 31-летней пациентки нейрохирургического отделения краевой клинической больницы.

Клинический случай

Пациентка Т., 1984 года рождения, поступила в нейрохирургическое отделение КГБУЗ «ККБ» 3.02.2016 года с жалобами на наличие гигантских размеров опухолевидного образования в области ягодиц и левой ноги, затрудняющего походку.

Диагноз при поступлении: гигантская нейрофиброма с поражением ягодиц, левого бедра, забрюшинного пространства.

Из анамнеза известно, что впервые диагноз нейрофиброма выставлен пациентке в дошкольном возрасте, в 1988 году, когда родители заметили опухолевидное образование на ягодице ребенка.

Обращались за консультацией к детскому хирургу. По результатам биопсии выставлен нейрофиброматоз, оперативное лечение не рекомендовано.

Наблюдались у невролога и детского хирурга. На инвалидности II группы с 1992 года в связи с ростом опухоли, которая постепенно вовлекла обе ягодицы, промежность, левую ногу.

В анамнезе 2-сторонний гидронефроз, пиелонефрит, МКБ с камнем правой почки. Кифосколиоз 4-й ст., хроническая железодефицитная анемия.

В 2000 году при лапаротомии выявлена нейрофиброма забрюшинного пространства. В сентябре 2015 года в условиях онкоцентра удалена часть опухоли в области промежности (до 15 кг).

В феврале 2016 года поступила в краевую клиническую больницу для удаления гигантской опухоли ягодицы с переходом на левую ногу.

Status praesens при поступлении: состояние стабильное. Дистрофический статус. Кожные покровы бледноватые. Резко усилен веннозный рисунок в пояснично-крестцовой области. Живот увеличен в размерах, напряжен, бугристый. Признаки пупочной грыжи. Печень ниже края реберной дуги. Мочепускание самостоятельное, диурез достаточный.

Походка нарушена. Грубая сколиотическая деформация позвоночника.

Локально: гигантское объемное мягкотканное образование в области ягодиц и левого бедра, безболезненное, образующее складки с опрелостями кожи, свисающее до средней трети голени.

Осмотрена кардиологом, пульмонологом, урологом.

На УЗИ почек и мочевого пузыря выявлена деформация лоханочной системы и мочевого пузыря, конкременты почек.

Заключение: двухсторонний уретерогидронефроз. Камень ЧЛС справа.





Нейрохирург Андрей Дунайцев со своей пациенткой

4 февраля произведен предоперационный осмотр анестезиологом, оценены риски большой кровопотери, определен необходимый запас препаратов крови.

5 февраля пациентке в плановом порядке проведена операция по удалению гигантской нейрофибромы.

Оперировал заведующий отделением нейрохирургии, нейрохирург высшей категории Юрий Яковлевич Пестряков, ассистировал нейрохирург высшей категории Андрей Владимирович Дунайцев.

Протокол операции

В асептических условиях произведен разрез кожи по наружному краю основания опухоли длиной до 50 см. В мягких тканях задней поверхности бедра определяется опухоль 60х60х70 см и до 15 кг весом.

Опухоль многоузловая, в нее вовлечены все мышцы, нервы и сосуды задней группы мышц левого бедра. Часть узлов опухоли распространяется в глубь мягких тканей бедра и до передней и медиальной поверхностей.

По границе поверхностной и глубокой групп узлов опухоль отделена от бедра с пересечением множества сосудов, нервных и мышечных волокон, идущих в строге опухоли. После отделения опухолевой ткани от бедра рассечена кожа по медиальной поверхности основания опухоли.

Объем удаленного препарата около 10 литров, вес 15 кг. Кожные лоскуты ушиты с перемещением для максимально косметического эффекта. Под кожу поставлены трубчатый и перчаточный дренажи.

Наложена асептическая повязка. Кровопотеря составила 300 мл при операции плюс содержимое опухоли.

По ходу операции, в связи с удалением большого массива опухолевой ткани, отмечалась гипотензия до 60/30 мм рт. ст. Проводилась кардиотоническая поддержка мезатоном, заместительная гемотрансфузионная терапия.

После операции больная была переведена на продленной ИВЛ в отделение реанимации в состоянии медикаментозной седации, с учетом тяжести состояния, объема и травматичности оперативного вмешательства, наличия основной и сопутствующей патологии.

В целом операция заняла 210 мин.

Интраоперационная кровопотеря составила 1500 мл.

В отделении нейрореанимации пациентке проводилась гемотрансфузия. Динамика за время наблюдения ОАИР № 5 отмечалась положительная, на третьи сутки пациентка переведена в отделение нейрохирургии для дальнейшего лечения, под бдительное наблюдение медицинского персонала.

В отделении проводилась инфузионная терапия, церебропротекция, антибиотикотерапия, респираторная поддержка, контроль и коррекция ВЭБ и показателей гемодинамики.

Состояние пациентки быстро улучшалось. Жаловалась только на боль в области операционной раны при движении.

На четвертые сутки после операции активизирована – активно ходила, неврологических выпадений в нижних конечностях не отмечалось, тазовых нарушений нет.

Во второй декаде февраля выписана под наблюдение хирурга по месту жительства.

Нейрофиброматоз – болезнь неизлечимая, рост плексиформных опухолей остановить невозможно. Но благодаря мастерству нейрохирургов краевой клинической больницы у молодой женщины изменилось качество жизни – она способна двигаться и обслуживать себя.

– Девушка вместе с опухолью весила всего 52 килограмма при миниатюрном росте 136 сантиметров, – рассказывает нейрохирург Андрей Владимирович Дунайцев. – Простая арифметика: после удаления нейрофибромы вес пациентки уменьшился до 37 килограммов. Естественно, ей легче двигаться. У пациентки тяжелый сколиоз, деформированы ягодицы, органы малого таза. Но все эти проблемы не идут ни в какое сравнение с опухолью, которую мы удалили.

Возможно, пациентке Т. придется еще не раз обращаться за помощью в нейрохирургическое отделение краевой клинической больницы. Наследственное заболевание не дает надежды на полное выздоровление, но пациентка получила длительную передышку, которая при ее заболевании бесценна.

Справка ПК

Из истории нейрофиброматоза

Спорадические описания пациентов с огромными кожными опухолями, которые являются одним из отличительных признаков нейрофиброматоза, появились еще в трактате «История Монстров» 1642 года.

Заболевание описано Тилезиусом в 1792 году. Однако первое полное научное описание клинических и морфологических изменений данного заболевания было сделано в 1882 году немецким патологоанатомом Фридрихом фон Реклингхаузенем. Описание патологии было сделано задолго до открытия ДНК. В связи с этим оно получило название «болезни Реклингхаузена». После определения генетических причин возникновения термин стал устаревать.

Считается, что известный своими уродствами Джозеф Меррик по прозвищу «Человек-слон» был болен нейрофиброматозом I типа. Известный фильм Дэвида Линча «Человек-слон» о тяжелой судьбе Джона Меррика демонстрирует, насколько тяжелыми могут быть изменения внешности у больных.

СЛУЧАЙ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК, ЛЕГКИХ И ГОЛОВНОГО МОЗГА

И. В. Матвеева

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Туберозный склероз – генетическое заболевание из категории факоматозов, характеризующееся развитием множественных гамартом и других опухолей. Гамарты – доброкачественные опухоли, состоящие из тканей, аналогичных тем тканям и органам, в которых они развиваются. Опухоли могут располагаться в головном мозге, почках, коже, глазах.

Заболевание проявляется с грудного возраста, прогрессирует во время полового созревания.

Возможны когнитивный дефицит, судорожные припадки, гемипарезы, заболевания почек и других внутренних органов.

Причина туберозного склероза – генетический дефект в IX и XVI хромосомах. Лечение заболевания симптоматическое: антиконвульсанты, нейрохирургическое лечение – удаление гамарты в мозге, блокирующей отток ликвора – резекцией или коагуляцией. Также удаляются опухоли сетчатки.

Клинический случай.

Пациентка А., 31 года, поступила в нефрологическое отделение ККБ с диагнозом хронический обструктивный пиелонефрит единственной почки.

Из анамнеза: наблюдалась у невролога с детства с судорожным синдромом, принимала антиконвульсанты. С 10 лет появились высыпания на лице, которые больше не исчезали. С 2010 года – трижды спонтанные пневмотораксы, диагностировалась буллезная болезнь.

В 2012 году проведена биопсия образования кожи на лице, заподозрен туберозный склероз.

В мае 2014 года диагностировано объемное образование в забрюшинном пространстве слева, замещающее ткань почки, – проведена срочная нефрэктомия. По гистологии диагностирована ангиомиолипома. В это же время выявлено опухолевидное образование в правой почке.

В декабре 2014 года консультирована в Израиле – подтвержден диагноз туберозный склероз и предложена терапия препаратом Эвералимус. По результату дообследования были выявлены изменения в легких (лимфангиолейомиоматоз, проявляющийся в распространенном поликистозе с повторяющимися пневмотораксами) плюс крупная ангиомиолипома в правой почке.

С этого времени фиксируется умеренное снижение функции почки и повышение АД. Регулярно принимала эналаприл в дозе 5 мг в день.

В нефрологическое отделение ККБ направлена для уточнения функции почек и подбора терапии.

Осмотрена неврологом: жалобы на постоянные головные боли в течение года, купирующиеся анальгетиками.

МРТ: в субкортикальных отделах правой височной доли, обеих теменных долях определяются неправильной формы участки перестройки структуры белого вещества с вовлечением прилежащей коры, размером от 1,5 до 3 см. Объем пораженных участков незначительно увеличен. С учетом анамнеза данная картина может соответствовать факоматозу (туберозный склероз).

Осмотрена офтальмологом: фоновая ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения.

При осмотре: ангиофибромы на лице – «крылья бабочки». Жалобы на дискомфорт в поясничной области, больше справа, с положительным симптомом Пастернацкого, умеренные периодические боли в правом подреберье.

УЗИ органов брюшной полости и почек: очаговое образование печени (по эхокартине – гемангиома). Умеренные диффузные изменения в поджелудочной железе. Объемное образование в единственной правой почке – не исключается формирование множественных ангиомиолипом.

Лабораторные исследования: мочевого синдром с умеренной протеинурией, лейкоцитурией, бактериурией. Суммарная функция почек снижена (гипоизостенурия).

В крови умеренно увеличена фракция общего белка (89,2 г/литр), креатинин – 125 мкмоль/л, эозинофиллез 9%.

В отделении продолжена терапия иАПФ, проведен курс антибактериальной терапии в связи с пиелонефритом.

Пациентка проконсультирована профессором И. В. Демко и заведующей отделением клинической фармакологии Е. М. Курц. В связи с поражением жизненно важных органов и прогрессированием заболевания, целесообразно подключение патогенетической терапии препаратом Эвералимус (сдерживает рост гамарты) – в дозе 10 мг в день.

Пациентка выписана под наблюдение терапевта по месту жительства с диагнозом: хронический пиелонефрит единственной правой почки. ХБПСЗ. Туберозный склероз с поражением легких (лимфангиолейомиоматоз с рецидивирующим пневмотораксом), почек (ангиомиолипомы единственной правой почки), кожи (ангиофибромы на лице), головного мозга.

Даны подробные рекомендации:

- МРТ-контроль роста гамарты в головном мозге – 1-2 раза в год, ЭЭГ 1 раз в год, при возникновении судорожного синдрома – подбор антиконвульсантной терапии;
- лабораторный контроль функции единственной почки;
- из лекарственных средств: Эналаприл, Канефрон;
- плановый осмотр через полгода;
- оформление инвалидности.

Туберозный склероз – заболевание с тяжелыми последствиями. Болезнь постепенно захватывает все системы и органы. На сегодня у пациентки угроза жизни отмечается со стороны единственной почки – нарастает ХПН. Могут возникнуть угрожающие состояния со стороны головного мозга – механическая гидроцефалия, эпистатус.

Для краевой больницы клинический случай – второе по счету наблюдение. Пациентка выписывается с уточненным диагнозом: мы получили подтверждение, что неврологическая симптоматика в анамнезе всегда была следствием туберозного склероза.

СЛУЧАЙ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ РЕТРОЛИСТЕЗЕ L5

Спондилолистез – исход дегенеративно-дистрофического процесса на уровне поясничного отдела позвоночника, при котором происходит смещение позвонков – впереди или кзади.

Чаще смещается V поясничный позвонок, что обусловлено анатомически: на этот отдел позвоночного столба приходится максимальная нагрузка.

Листез IV встречается в любом возрасте, у мужчин чаще, чем у женщин. Симптомы заболевания таковы:

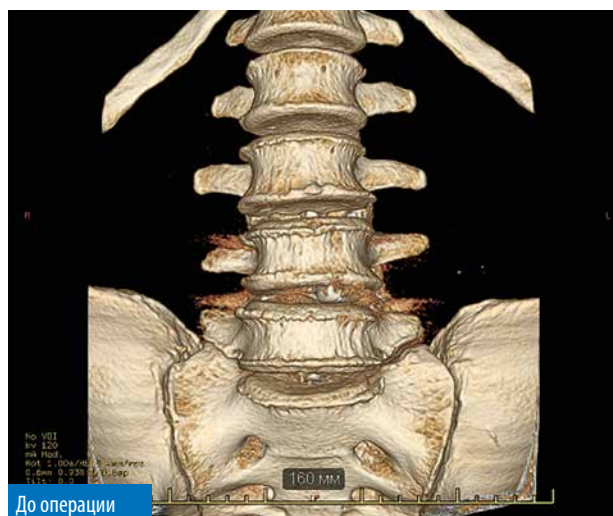
- боли в области поясницы с иррадиацией в нижние конечности, усиливаются при движениях и физической нагрузке;
- нарушение чувствительности в зоне иннервации соответствующих поясничных корешков;
- положительные симптомы натяжения.

Есть профессиональные группы, у которых часто выявляют ли-
стез. Это спортсмены: борцы, штангисты, гимнасты, акробаты, а также
цирковые и люди рабочих профессий, чья деятельность связана с по-
стоянным поднятием тяжестей и нагрузками на позвоночник.

Способствовать развитию болезни могут и наследственные факторы, такие заболевания, как артрит, спондилез.

Консервативное лечение эффективно только на ранних стадиях развития заболевания позвоночного столба – массаж, ортопедические корсеты, ограничение физических нагрузок, анальгетики. Если же болезнь находится в запущенном состоянии, налицо выраженная нестабильность данного сегмента, либо стеноз спинномозгового канала, необходимо оперативное лечение.

Широко применяемый в современной хирургии позвоночника, в том числе в лечении листеза, метод транспедикулярной фиксации (ТПФ) обладает высокой эффективностью. Это возможность посегментарной фиксации, жесткость и первичная стабильность фиксации, что позволяет значительно сократить сроки функционального восстановления после операции. Совершенствование транспедикулярных фиксаторов и применение мультиаксиальных винтов облегчает установку конструкции при деформациях, делает возможным частичную редрессацию смещенного позвонка из заднего доступа и надежный спондиллодез.



Клинический случай

Пациент К. 1961 года рождения поступил в нейрохирургическое отделение краевой клинической больницы с жалобами на постоянные боли в пояснице с иррадиацией в левую ногу по задней и боковой поверхности до стопы, онемение и слабость в стопе.

Анамнез заболевания: боли в пояснице беспокоят в течение многих лет, в 2006 году была операция по поводу спондилолистеза на уровне L4-L5. В 2014 году после ДТП наступило резкое ухудшение состояния – болевой синдром с иррадиацией в левую ногу. Боли требовали постоянного приема анальгетиков. Консервативное лечение эффекта не приносило. Выполнена МРТ: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, дегенеративный стеноз на уровне L4-S1, ретролистез L5.

Направлен на хирургическое лечение в НХО ККБ.

В неврологическом статусе при поступлении: в сознании, ЧМН интактны. Выпрямлен поясничный лордоз. Резко напряжены длинные мышцы спины на поясничном уровне, болезненна пальпация надостной связки на уровне L4-L5-S1. Болевой корешковый синдром по S1, L5 корешку слева. Коленные D=S, ахилловы рефлексы вызываются. Зона гипестезии по L5 слева. Парез левой стопы до IV баллов. Симптом Ласега слева положительный.

На R-графии от 9.02.2016 года определяется нестабильность сегмента L5-S1. Спондилолистез 0,5 см. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

Пациенту выставлен диагноз остеохондроз поясничного отдела позвоночника с выраженным болевым радикуло-ишемическим синдромом по L1-S1 слева. Дегенеративный стеноз на уровнях L4-S1. Рубцово-спаечный эпидурит.

С учетом дегенеративного стеноза и нестабильности на уровне L4-L5-S1, запланирована операция: транспедикулярная фиксация, межтеловой корпоротомия на уровнях L4-L5-S1.

11.02.2016 года пациенту проведено оперативное вмешательство под общей анестезией продолжительностью 3,5 часа.

Нейрохирург высшей категории Антон Витальевич Ботов произвел транспедикулярную фиксацию L4-L5-S1, ламинэктомию L5-S1, удаление рецидивной грыжи диска L4-L5 слева, удаление срединной грыжи L5-S1, ПЛИФ на уровне L4-L5-S1.

Протокол операции

Произведен линейный разрез кожи над остистыми отростками L3-S1 по средней линии, рассечен апоневроз. Скелетированы межпозвоночные промежутки на уровнях L4-L5, L5-S1. Разведены мягкие ткани латеральнее суставных отростков. Транспедикулярно установлены винты в тела L4-L5-S1 позвонков под R-контролем уровня и стояния винтов. Иссечена желтая связка на уровнях L4-L5-S1. Выполнена ламинэктомия L4-L5.

При ревизии промежутка выявлены многочисленные рубцы и парамедианная, средних размеров грыжа диска, умеренно компрессирующая корешок L5 слева. Дуральный мешок и корешок смещены медиально, рассечена задняя продольная связка. Грыжа диска удалена множеством фрагментов. Диск кюретирован.



После транспедикулярной фиксации

Установлен титановый кейдж с микроподвижностью. При ревизии промежутка L5-S1 выявлена небольших размеров срединная грыжа диска и ступенчатый уступ, компримирующий дуральный мешок, грыжа диска удалена множеством фрагментов. Диск кюретирован.

Установлен титановый кейдж с микроподвижностью. Наложены и закреплены вертикальные штанги с коррекцией кривизны. Наложены швы на рану послойно, асептическая повязка.

На следующий день после оперативного лечения проведена МСКТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: состояние после операции, на уровне L4-L5-S1 – металлоконструкция ТПФ с удовлетворительным стоянием; фиксирована шестью винтами в тела L4, L5, S1 позвонков. На уровне межпозвоночных дисков между телами L4-L5 (в левых отделах) и L5-S1 (в средних отделах) определяются металлические кейджи с удовлетворительным стоянием.

Дужки L4, L5, S1 слева резецированы. Тело L5 смещено кзади на 5 мм.

Паравerteбральные мягкие ткани без видимых патологических изменений, с пузырьками газа по задней поверхности и в позвоночном канале.

Двусторонняя сакрализация L5 (артроподобная форма).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Проведен курс консервативной восстановительной терапии. Болевой корешковый синдром регрессировал.

Пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой, под наблюдение невропатолога по месту жительства.

Рекомендовано ношение ортопедического корсета, ограничение физической нагрузки, легкий массаж ног, витамины группы В, при болевом синдроме – НПВП, санаторно-курортное лечение.

– Транспедикулярная фиксация проводится в нашем отделении более десяти лет, – рассказывает нейрохирург Антон Ботов. – За это время мы оказали помощь сотням пациентов с выраженным болевым синдромом на фоне дегенеративных и посттравматических заболеваний позвоночника. Результаты радуют: больные встают на ноги через 3-4 дня, уменьшается болевой синдром. Ограничения они испытывают примерно полгода – два месяца нельзя сидеть, нагибаться, необходимо полгода носить ортопедический корсет. Впоследствии наши пациенты ведут активный образ жизни – плавают, занимаются гимнастикой, йогой, а женщины даже рожают.

Конечно, серьезные физические нагрузки нашим пациентам противопоказаны – нельзя поднимать тяжести, долго трудиться внаклон на грядках, но в целом транспедикулярная фиксация позволяет улучшить качество жизни.

5% скидка
предъявителю

МЕДИНСТАП
ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ
САЛОНЫ

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР ИЗДЕЛИЙ

Красноярск	Красноярск	Красноярск	Железногорск
ул. Партизана Железняка, 3а/1 ост. Краевая больница Красноярская больница	ул. Молокова, 19 ост. Подстанция ост. Краевая – ост. Подстанция	ул. К. Маркса, 137 ост. Подстанция (напротив ЦУМа)	ул. Мельковского, 42 ул. Ленина, 39 ул. Чапаева, 37 ул. Андреева, 33
Красноярск, ул. П. Железняка, 3а/1, тел. +7 (391) 217 80 48 (ост. «Краевая больница»)	Красноярск, ул. Молокова, 19, тел. +7 (391) 217 97 20 (автобус № 20, ост. «Краевая» – ост. «Подстанция»)	Красноярск, ул. К. Маркса, 137, тел. +7 (391) 217 80 20 (напротив ЦУМа)	Железногорск, ул. Ленина, 40, тел. +7 (3919) 74 55 65 (рядом с магазином «Аквариум»)

позвоночник

в/конечности

н/конечности

**СТЕЛКИ,
ПЕЛОТЫ,
ПРИСПОСОБЛЕНИЯ
ДЛЯ СТОП**

Пока учим,
Dum docemus,
discimus
учимся

СТАНДАРТЫ

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПНЕВМОНИЕЙ В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ



Уважаемые коллеги!

На протяжении последних лет край входил в число субъектов Российской Федерации с наиболее высокими показателями смертности от пневмоний (2013 год – 51 на 100 тыс. населения, РФ – 26,7). Смертность по причине болезней органов дыхания также была на высоком уровне (2014 год – 69,8, РФ – 53).

С целью улучшения качества диагностики, оптимизации оказания помощи и повышения эффективности лечения были изданы приказы МЗ об оказании помощи больным с пневмонией с указанием четкой маршрутизации (№ 176-орг (изменения в приказ № 68-орг), № 296-орг), организационно-методические письма (№ 71/08-26/6222, № 71/08-26/1266).

Разработан «План мероприятий по сокращению смертности от болезней органов дыхания в 2015 году в Красноярском крае». Внедрены в практику методические рекомендации «Алгоритмы диагностики и протоколы оказания медицинской помощи при пневмонии».

Во всех учреждениях здравоохранения внедрен стандарт системы менеджмента качества «Порядок оказания медицинской помощи больным с пневмонией».

Выбранная нами стратегия полностью совпадала с направлением, предлагаемым МЗ РФ, Роспотребнадзором и главными специалистами МЗ РФ.

Надеюсь, опубликованный в нашем журнале материал поможет вам в повышении эффективности лекарственной терапии и улучшении качества оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией. Обращаю ваше внимание, что концепция острого респираторного синдрома аналогична концепции острого коронарного синдрома.

**И. В. Демко, главный пульмонолог
МЗ Красноярского края, профессор**

1. Назначение

Настоящий стандарт учреждения определяет единый порядок оказания медицинской помощи больным с пневмонией на всех стадиях лечения и обследования в КГБУЗ «ККБ».

2. Область применения

Требования настоящего стандарта учреждения распространяются на все подразделения, участвующие в оказании медицинской помощи больным с пневмонией.

3. Нормативные ссылки

Настоящий стандарт учреждения разработан на основании требований приказа Минздрава России № 916н от 15.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи больным по профилю «Пульмонология»».

4. Сокращения и обозначения

В настоящем стандарте учреждения используются следующие сокращения:

SaO₂ – сатурация кислорода;

А/Б терапия – антибактериальная терапия;

АД – артериальное давление;

АЛТ – (анализ крови) аланинаминотрансфераза;

Анализ крови RW – это серологический анализ на выявление антител к бледной трепонеме;

АСТ – (анализ крови) аспартатаминотрансфераза;

БАЛ – бронхоальвеолярный лаваж;

БЛ – бактериологическая лаборатория;

ВКТ – вакутейнер;

ДАД – диастолическое артериальное давление;

ДС с ЦДК – дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием;

ЖВФ – жизненно важные функции;

ИФА – иммуноферментный анализ;

КВ – квантиграмма;

КДЛ – клиничко-диагностическая лаборатория;

КДЛ ГИМИ – клиничко-диагностическая лаборатория гормональных и иммунологических методов исследований;

КТ – компьютерная томография;

Лист ОсилП – лист оценки состояния и лечения пациента;

МРТ – магнитно-резонансная томография;

МСКТ – мультиспектральная компьютерная томография;

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства;

ОАР – отделение анестезиологии-реанимации;

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография;

САД – систолическое артериальное давление;

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

ФБС – фибробронхоскопия;

ФГС – фиброгастроудоденоскопия;

ЧБЛ – чрезбронхиальная биопсия легких;

ЧД – частота дыхания;

ЧСС – частота сердечных сокращений;

ЭКГ – электрокардиография;

ЭХО-КГ – эхокардиография.

5. Ответственность

Ответственность за правильность разработки, внедрение и исполнение настоящего стандарта учреждения несет заведующий пульмонологическим отделением. Ответственность за выполнение требований настоящего стандарта учреждения также возлагается на руководителей подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи больным с пневмонией. Сотрудники КГБКЗ «ККБ» должны знать и выполнять требования настоящего стандарта учреждения.

6. Описание процесса

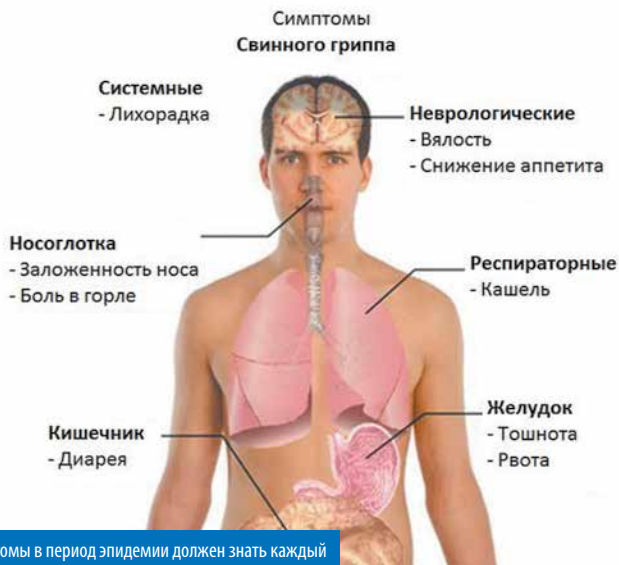
Порядки оказания медицинской помощи больным с пневмонией с момента поступления до выписки представлены в виде квантиграмм и текстового описания (15.1.1 – 15.1.6).

Порядок 15.1.1 – оказание помощи больным пневмонией в приемном отделении

1. Бригада скорой медицинской помощи сообщает по телефону в приемное отделение о прибытии пациента с признаками пневмонии.

2. Получив информацию, диспетчер приемного отделения заполняет чек-лист (см. Приложение 2) и вызывает врача-терапевта, а при необходимости – анестезиолога-реаниматолога.

7. Во время как терапевт собирает анамнез, медицинская сестра вносит данные в qMS, проводит забор крови и доставляет пробы в клинко-диагностическую лабораторию (далее – КДЛ).



Эти симптомы в период эпидемии должен знать каждый

15. На основании проведенных исследований врач-терапевт принимает решение о клиническом диагнозе и вносит информацию в qMS.

16. При отсутствии данных, подтверждающих диагноз пневмония, пациенту дают рекомендации и выписывают из больницы.

Порядок 15.1.2 – первые сутки в стационаре

1. Пациент в сопровождении санитаря приемного отделения поступает в пульмонологическое отделение.

2. В отделении пациента встречает палатная медицинская сестра и сопровождает его до палаты. Затем медицинская сестра заносит данные о поступлении пациента в журнал движения больных и qMS, оформляет исто-

рию болезни и передает ее врачу отделения/дежурному врачу.

3. Врач отделения/дежурный врач собирает жалобы/анамнез, производит осмотр пациента и делает назначение на анализы:

- общий анализ мочи;
- кал на я/г;
- цитологическое исследование мокроты;
- мокрота на бактериологический посев;
- исследование гемокультуры при подозрении на применение наркотических веществ у ВИЧ-инфицированных, при септическом состоянии (до введения первой дозы антибактериальных препаратов);
- введение первой дозы антибактериальных препаратов.

Далее врач отделения/дежурный врач вносит данные в лист оценки состояния и лечения пациента (далее – ОСиЛП, см. Приложение 3), затем заносит данные в систему qMS, распечатывает направление на анализы и передает его палатной медицинской сестре.

4. Получив направление на анализы, палатная медицинская сестра заполняет лист ОСиЛП, который передает процедурной медицинской сестре, и выдает пациенту контейнер под биоматериалы.

5. После гигиенической обработки полости рта производят забор мазка из зева и затем сбор мокроты. Для бактериологического исследования мокрота собирается пациентом самостоятельно в стерильный контейнер. Заполненный контейнер с биоматериалами пациент передает процедурной медицинской сестре. Забор крови выполняется в процедурном кабинете процедурной медицинской сестрой. При заборе крови на бактериологическое исследование, кровь вносят в готовые флаконы с питательной средой, соблюдая правила асептики, согласно инструкции: не менее 10 мл в каждый флакон из двух-трех сосудов или двух участков кровеносного сосуда через 20-30 мин. на подъеме температуры.

Медицинская сестра после забора биологических проб вводит первую дозу АБ препарата. Если пациент в тяжелом состоянии, то все манипуляции по забору крови и биоматериалов выполняются в палате. Затем процедурная медицинская сестра доставляет

КОРИФЕИ



Академик Чучалин: «Грипп – это Люцифер»

У Сибирский конгресс «Человек и лекарство» открывался докладом главного внештатного эксперта-терапевта Минздрава РФ, академика РАН Александра Чучалина о гриппе 2016 года, его диагностике, лечении и профилактике.

В докладе Александр Григорьевич напомнил историю свиного гриппа, штамма H1N1, впервые выявленного у маленького американского мальчика. Ребенок подхватил вирус у лучшего друга – обычного поросенка с дедушкиной фермы. Случилось это в 2009 году. Страшный вирус со скоростью самолета завоевал США, погубив 40 тысяч человек, а потом перекинулся на весь земной шар.

В России от эпидемии свиного гриппа-2009 погибли 1500 человек. Вскоре эпидемия пошла на спад, но Люцифер, как называет свиной грипп академик Чучалин, никуда не исчез – просто задремал на время. В 2015 году он свирепствовал в Европейской части РФ до конца декабря. Затем уступил лидерство собрату –

штамму H3N2.

По словам Чучалина, Красноярский край – регион, в который эпидемия пришла поздно по сравнению с западными областями РФ, но вирус собрал страшный урожай жертв, среди которых есть беременная женщина. Беременные, к сожалению, наиболее уязвимы для гриппа и его осложнений.

Академик Чучалин в очередной раз напомнил о необходимости вакцинации – в Красноярске она составляет всего 33%. В Британии, например, до 45% жителей защищены в период эпидемии от наиболее зловещих осложнений гриппа.

Академик проиллюстрировал доклад слайдами – секционными снимками органов пациентки, погибшей от вирусно-бактериальной

контейнеры с биоматериалами в клиничко-диагностическую лабораторию (общий анализ мочи, цитологическое исследование мокроты, кал на Я/Г, исследование крови при подозрении на применение наркотических веществ у ВИЧ-инфицированных) и бактериологическую лабораторию (мокрота на бактериологический посев, забранная на бактериологическое исследование кровь, при септическом состоянии, бактериологическое исследование мазка из зева). Биологические пробы и кровь доставляются в бактериологическую лабораторию не позднее двух часов от момента забора. Во внерабочее время флаконы с кровью доставляются в приемное отделение и помещаются в термостат. Мокроту допускается хранить в холодильнике не более 6 часов.

Готовность результатов исследований мокроты и мазка из зева через 3-5 суток.

6. После сдачи анализов пациент возвращается в палату. Каждые три часа медицинская сестра проводит оценку состояния пациента, выполняет инъекции или выдает препараты. После заносит информацию в лист ОСИЛП и в qMS, контролируя следующие показатели:

- сатурация кислорода;
- температура тела;
- артериальное давление;
- ЧСС.

В случае ухудшения состояния пациента медицинская сестра вызывает врача-терапевта. Условием для вызова врача-терапевта являются следующие показатели:

- сатурация кислорода < 95%;

- температура тела > 38°C;
- артериальное давление < 100/70 мм рт. ст.;
- ЧСС > 100.

7. Врач-терапевт, получив вызов от палатной медицинской сестры, оценивает состояние пациента, назначает или корректирует лечение, а в случае необходимости вызывает врача анестезиолога-реаниматолога.

Показания для вызова бригады ОАР:

- САД ≤ 90 мм рт. ст.;
- ДАД ≤ 60 мм рт. ст.;
- температура тела ≤ 35,5 или ≥ 40°C;
- ЧСС > 125 ударов в минуту;
- сатурация кислорода ≤ 90% (у беременных ≤ 92%);
- ЧД > 30 в минуту.

Далее врач-терапевт вносит данные в лист ОСИЛП, затем заносит данные в систему qMS.

8. Получив вызов, врач анестезиолог-реаниматолог прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ. При наличии показаний пациент госпитализируется в отделение ОАР.

9. Если нет показаний для вызова врача-терапевта (условия вызова указаны в пункте 6), то продолжается лечение по назначенной схеме.

Порядок 15.1.3 – 2-4 сутки в отделении

1. Пациент проходит назначенную терапию. Ежедневно медицинская сестра фиксирует состояние здоровья пациента в листе ОСИЛП.

2. Врач отделения/дежурный терапевт оценивает состояние пациента по листу оценки, анализирует результаты исследований, выслушивает жалобы пациента, проводит его осмотр и оценивает эффективность антибактериальной терапии. При сохранении температуры тела выше 38°C. врач отделения/дежурный терапевт пересматривает антибактериальную терапию. Врач отделения/дежурный терапевт определяет необходимость назначения дополнительных исследований, при необходимости дополнительного исследования назначает дополнительную диагностику. Дополнительные исследования проводятся при следующих условиях:

- при несоответствии клинической картины и данных рентгенологического обследования назначает рентгеноскопию легких, МСКТ;
- при выявлении жидкости в плевральной полости по показаниям проводит плевральную пункцию.

Направление на исследование дежурный терапевт/врач отделения передает палатной медицинской сестре. Результаты исследований и назначения заносятся дежурным терапевтом/врачом отделения в лист ОСИЛП и систему qMS.

3. Палатная медицинская сестра на основании назначений дежурного терапевта/врача отделения заполняет/вносит изменения в лист ОСИЛП и передает лист ОСИЛП процедурной медицинской сестре.

4. Пациент в установленное время проходит назначенные исследования.

пневмонии. Эти снимки подтверждают системные поражения при гриппе: трахея, плевра, легкие – все в геморрагиях малинового цвета, с некрозами. Поверхность головного мозга в арахноидальных кровоизлияниях – «шапочка кардинала» из институтских учебников.

– Происходит цитокиновый шторм, пациенты погибают от некардиогенного отека легких, ИВЛ не помогает, – говорит академик Чучалин. – С одной стороны, все кровит, с другой – повсюду образуются тромбы. Единственное спасение для пациента в такой ситуации – ЭКМО, аппарат, который на две недели берет на себя функцию легких. Механические легкие позволяют пациенту пережить пик воспаления, пока оно не утихнет и не начнется неолальвеогенез.

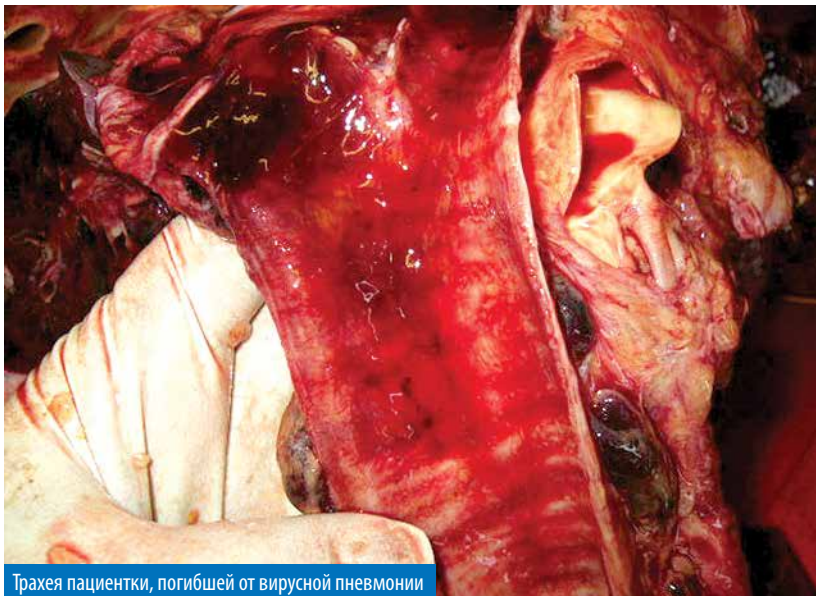
Александр Григорьевич напомнил реаниматологам, пульмонологам, терапевтам об угрожающих симптомах гриппа – лихорадке более трех суток, непродуктивном кашле – часто с прожилками крови, одышке, миалгии, головной боли; остановился на типах гриппозной пневмонии – первичной, вторичной, третичной; описал клинику ОРДС и акцентировал внимание аудитории на цифрах сатурации. В частности, сатурация ниже 90% – прямое показание для перевода пациента на ИВЛ.

Обозначив классические алгоритмы лечения пневмонии, Чучалин ознакомил врачей с новыми терапевтическими подходами в лечении гриппозной пневмонии: антиоксидантная терапия, гранулоцит-моноцит колоний стимулирующий фактор, ингаляционные вазодилататоры, оксид азота, простаглицлины, глюкокортикостероиды, мезенхимальные стволовые клетки.

При гриппозной пневмонии не рекомендуется назначать ацетилцистеин, селениум (антиоксидант), лизофиллин, простагландин E1, ингибиторы нейтрофильной эластазы, ибупрофен, протейин С, сурфактант, статины.

Что касается терапии «отчаяния» – подключения аппарата ЭКМО, в краевой клинической больнице есть успешный опыт спасения пациента с двухсторонней полисегментарной пневмонией. Это был тот самый случай, о котором говорил академик Чучалин, – ЭКМО подключили, потому что вентилировать было нечего: у пациента не осталось функционально состоятельной легочной ткани.

Реаниматологам ОАИР № 2 удалось спасти пациента. 102 часа на него работали механические легкие, и за это время собственные легкие пациента смогли восстановиться, чтобы поддерживать газообмен.



5. Процедурная медицинская сестра по назначениям в журнале выполняет манипуляции пациенту в процедурном кабинете. Если пациент находится в тяжелом состоянии, то все манипуляции проводятся в палате. Информация по выполнению манипуляций заносится в лист ОСиЛП и систему qMS.

6. Оценка состояния пациента проводится палатной медицинской сестрой. При стабильном состоянии оценка проводится 2 раза в сутки (утром и вечером), при тяжелом состоянии – каждые 3 часа. В случае необходимости палатная медицинская сестра вызывает врача-терапевта.

Условием для вызова врача-терапевта является наличие следующих показаний:

- сатурация кислорода < 95%;
- температуры тела > 38,5°C;
- артериальное давление < 100/70 мм рт. ст.;
- ЧСС > 100 уд. в минуту.

Данные показаний вносятся в лист ОСиЛП и систему qMS палатной медицинской сестрой.

7. Врач-терапевт, получив вызов от палатной медицинской сестры, оценивает состояние пациента, анализирует результаты исследований, назначает/корректирует лечение, а в случае необходимости вызывает врача анестезиолога-реаниматолога. Условием для вызова врача анестезиолога-реаниматолога является наличие следующих показаний:

- САД ≤ 90 мм рт. ст.;
- ДАД ≤ 60 мм рт. ст.;
- температура тела ≤ 35,5 °C или ≥ 40°C;
- ЧСС > 125 ударов в минуту;
- сатурация кислорода ≤ 90% (у беременных ≤ 92%);
- ЧД > 30 в минуту.

Далее врач-терапевт вносит данные в лист ОСиЛП, затем заносит данные в систему qMS. СТУ 15.1-2015 Порядок оказания медицинской помощи больным с пневмонией Страница 13 из 29 Редакция № 1. Дата утверждения: 16.07.2015.

8. Получив вызов, врач анестезиолог-реаниматолог прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ. При наличии показаний пациент госпитализируется в ОАР.

9. Если нет показаний для вызова врача-терапевта, то лечение продолжается по назначенной схеме.

Порядок 15.1.4 – 5-10 сутки в отделении

1. Пациент проходит назначенную терапию. Ежедневно медицинская сестра фиксирует состояние здоровья пациента в листе ОСиЛП.

2. Врач отделения/дежурный терапевт оценивает состояние пациента по листу ОСиЛП, анализирует результаты исследований, выслушивает жалобы пациента, проводит его осмотр и оценивает эффективность антибактериальной терапии, по показаниям корректирует/отменяет антибактериальную терапию. Не позднее пятых суток, при сохранении температуры тела выше 38°C врач отделения/дежурный терапевт обязательно назначает фибробронхоскопию (далее – ФБС). Направление на ФБС и исследование крови дежурный терапевт/врач отделения передает палатной медицинской сестре. Результаты исследований и назначения заносятся дежурным терапевтом/врачом отделения qMS в историю болезни и лист ОСиЛП.

3. Палатная медицинская сестра на основании назначений дежурного терапевта/вра-

ча отделения заполняет/вносит изменения в лист ОСиЛП и передает лист ОСиЛП процедурной медицинской сестре.

4. Процедурная медицинская сестра по назначениям в листе ОСиЛП выполняет манипуляции пациенту в процедурном кабинете, в случае необходимости проводит лекарственную премедикацию для ФБС. Если пациент находится в тяжелом состоянии, то все манипуляции проводятся в палате. Информация по выполнению манипуляций заносится в qMS и лист ОСиЛП.

5. Пациент в установленное время проходит назначенную процедуру (ФБС). 6. Оценка состояния пациента проводится палатной медицинской сестрой. При стабильном состоянии оценка проводится 2 раза в сутки (утром и вечером), при тяжелом состоянии – каждые 3 часа. В случае необходимости палатная медицинская сестра вызывает врача-терапевта.

Условием для вызова врача-терапевта является наличие следующих показаний:

- сатурация кислорода < 95%;
- температуры тела > 38,5°C;
- артериальное давление < 100/70 мм рт. ст.;
- ЧСС > 100 уд. в минуту.

Данные показаний вносятся в лист ОСиЛП и систему qMS палатной медицинской сестрой.

7. Врач-терапевт, получив вызов от палатной медицинской сестры, оценивает состояние пациента, анализирует результаты исследований, назначает/корректирует лечение, а в случае необходимости вызывает врача анестезиолога-реаниматолога.

Условием для вызова врача анестезиолога-реаниматолога является наличие следующих показаний:

- САД ≤ 90 мм рт. ст.;
- ДАД ≤ 60 мм рт. ст.;
- температура тела ≤ 35,5°C или ≥ 40°C;
- ЧСС > 125 ударов в минуту;
- сатурация кислорода ≤ 90% (у беременных ≤ 92%);
- ЧД > 30 в минуту.

Далее врач-терапевт вносит данные в лист ОСиЛП, затем заносит данные в систему qMS.

8. Получив вызов, врач анестезиолог-реаниматолог прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ. При наличии показаний, пациент госпитализируется в ОАР.

9. Если нет показаний для вызова врача-терапевта, то продолжается лечение по назначенной схеме.

Порядок 15.1.5 – 11-14 сутки в отделении

1. Пациент проходит назначенную терапию. Ежедневно медицинская сестра фиксирует состояние здоровья пациента в листе ОСиЛП.

2. Врач отделения/дежурный терапевт оценивает состояние пациента по листу ОСиЛП, анализирует результаты исследований, выслушивает жалобы пациента, проводит его осмотр и оценивает эффективность антибактериальной терапии, по показаниям корректирует/отменяет антибактериальную терапию. После этого врач отделения/дежурный терапевт назначает контрольный анализ (где были изменения) и обследование органов грудной клетки (рентген). Направление на исследование дежурный терапевт/врач отделения передает палатной медицинской сестре. Результаты исследований и назначения заносятся дежурным терапевтом/врачом отделения в qMS в историю болезни и в лист ОСиЛП.

3. Палатная медицинская сестра на основании назначений дежурного терапевта/врача отделения заполняет/вносит изменения в лист ОСиЛП и передает лист ОСиЛП процедурной медицинской сестре.

4. Процедурная медицинская сестра по назначениям в журнале выполняет манипуляции, производит забор крови у пациента в процедурном кабинете. Если пациент находится в тяжелом состоянии, то все манипуляции проводятся в палате. Информация по выполнению манипуляций заносится в qMS и лист ОСиЛП.

5. После выполнения забора крови пациент направляется в рентгенкабинет для проведения рентгенологического исследования.

6. Оценка состояния пациента проводится палатной медицинской сестрой. Оценка состояния пациента проводится 2 раза в сутки (утром и вечером). В случае необходимости палатная медицинская сестра вызывает врача-терапевта. Условием для вызова врача-терапевта является повышение температуры тела $> 38,5^{\circ}\text{C}$. Данные показаний вносятся в лист ОСиЛП и систему qMS палатной медицинской сестрой.

7. Если нет показаний для вызова врача-терапевта, то продолжается лечение по назначенной схеме.

8. Врач отделения/дежурный терапевт, получив вызов от палатной медицинской сестры, оценивает состояние пациента, анализирует результаты рентгенографического исследования и анализа крови и принимает решение о выписке/дальнейшем лечении пациента:

– присутствуют признаки затяжной пневмонии. Критерии выбора метода лечения больных с затяжной пневмонией;

– необходимо дополнительное исследование. Критерии выбора дифференциальной диагностики больных с пневмонией;

– подтверждаются признаки другого заболевания. Направление в профильное отделение или другое лечебное учреждение;

– выявлено рассасывания инфильтрата или присутствует положительная динамика. Врач отделения/дежурный терапевт оформляет выписку с дальнейшими рекомендациями по ведению пациента.

9. При необходимости дополнительного исследования, врач отделения/дежурный терапевт определяет вид дифференциальной диагностики (см. Приложение 1 «Критерии выбора дифференциальной диагностики больных с пневмонией»). По результатам дополнительных исследований врач проводит оценку дальнейшего ведения пациента.

10. При решении о выписке пациента врач отделения оформляет выписку с дальнейшими рекомендациями:

– наблюдаться у участкового терапевта в течение года: через 1, 3, 6, 12 месяцев;

– провести рентгенографию органов грудной клетки через 6 и 12 месяцев;

– провести развернутый анализ крови через 1, 6, 12 месяцев;

– провести вакцинацию против гриппа;

– поставить вакцину Пневмо 13 и через два месяца Пневмо 23 (лицам старше 50 лет).

Порядок 15.1.6 – затяжное течение пневмонии

1. Пациент проходит назначенную терапию. Ежедневно медицинская сестра фиксирует состояние здоровья пациента в листе ОСиЛП.

2. Врач отделения/дежурный терапевт оценивает состояние пациента по листу оценки, анализирует результаты исследований, выслушивает жалобы пациента, проводит его осмотр и оценивает эффективность антибактериальной терапии, по показаниям корректирует/отменяет антибактериальную терапию. После этого врач отделения/дежурный терапевт назначает проведение следующих исследований:

– микроскопическое исследование мокроты на наличие КУМ (5 дней подряд);

– исследование мокроты на бактериологический посев;

– забор крови на ВИЧ;

– забор крови на исследование гемокультуры при сохранении лихорадки;

– проведение МСКТ;

– проведение ФБС с исследованием промываемых вод на наличие КУМ. Направление на исследование дежурный терапевт/врач отделения передает палатной медицинской сестре. Результаты исследований и назначения заносятся дежурным терапевтом/врачом отделения в qMS в историю болезни и лист ОСиЛП.

3. Палатная медицинская сестра на основании назначений дежурного терапевта/врача отделения заполняет/вносит изменения в лист ОСиЛП, передает лист ОСиЛП процедурной медицинской сестре и выдает пациенту контейнер под биоматериалы.



Мозг погибшей от гриппа пациентки с тотальными арахноидальными кровоизлияниями. Патологоанатомы такую секционную картину называют «шапочка кардинала»



4. После гигиенической обработки полости рта производят забор мазка из зева и затем сбор мокроты. Для бактериологического исследования мокрота собирается пациентом самостоятельно в стерильный контейнер. Заполненный контейнер с биоматериалами пациент передает процедурной медицинской сестре. Забор крови выполняется в процедурном кабинете процедурной медицинской сестрой. При заборе крови на бактериологическое исследование, кровь вносят в готовые флаконы с питательной средой, соблюдая правила асептики, согласно инструкции: не менее 10 мл в каждый флакон из 2-3 сосудов или двух участков кровеносного сосуда через 20-30 мин на подъеме температуры.

Если пациент в тяжелом состоянии, то все манипуляции по забору крови и биоматериалов выполняются в палате. Затем процедурная медицинская сестра доставляет контейнеры с биоматериалами в клинико-диагностическую лабораторию (общий анализ мочи, цитологическое исследование мокроты, кал на я/г, исследование крови при подозрении на применение наркоти-

ческих веществ у ВИЧ-инфицированных) и бактериологическую лабораторию (мокрота на бактериологический посев, забранная на бактериологическое исследование кровь, при септическом состоянии, бактериологическое исследование мазка из зева).

Биологические пробы и кровь доставляются в бактериологическую лабораторию не позднее двух часов от момента забора. Во внерабочее время флаконы с кровью доставляются в приемное отделение и помещаются в термостат. Мокроту допускается хранить в холодильнике не более 6 часов. Готовность результатов исследований мокроты и мазка из зева через 3-5 суток. Информация по выполнению манипуляций заносится в qMS и лист ОСиЛП.

5. После выполнения забора крови и биоматериалов пациент направляется в кабинет МСКТ для проведения исследования.

6. Оценка состояния пациента проводится палатной медицинской сестрой. Оценка состояния пациента проводится 2 раза в сутки (утром и вечером). В случае необходимости палатная медицинская сестра вызывает вра-

ча-терапевта. Условием для вызова врача-терапевта является повышение температуры тела $> 38,5^{\circ}\text{C}$. Данные показаний вносятся в лист состояния пациента и систему qMS и лист ОСиЛП палатной медицинской сестрой.

7. Если нет показаний для вызова врача-терапевта, то продолжается лечение по назначенной схеме.

8. Врач отделения/дежурный терапевт, получив вызов от палатной медицинской сестры, оценивает состояние пациента, анализирует результаты МСКТ и анализа крови и принимает решение о выписке/дальнейшем лечении пациента:

- необходимо дополнительное исследование. Критерии выбора дифференциальной диагностики больных с пневмонией;
- подтверждаются признаки другого заболевания. Направление в профильное отделение или другое лечебное учреждение;
- выявлено рассасывание инфильтрата или присутствует положительная динамика. Врач отделения/дежурный терапевт оформляет выписку с дальнейшими рекомендациями по ведению пациента.

9. При необходимости дополнительного исследования врач отделения/дежурный терапевт определяет вид дифференциальной диагностики (см. Приложение 1 «Критерии выбора дифференциальной диагностики больных с пневмонией»). По результатам дополнительных исследований врач проводит оценку дальнейшего ведения пациента.

10. При решении о выписке пациента врач отделения оформляет выписку с дальнейшими рекомендациями:

- наблюдать у участкового терапевта в течение года: через 1, 3, 6, 12 месяцев;
- провести рентгенографию органов грудной клетки через 6 и 12 месяцев;
- провести развернутый анализ крови через 1, 6, 12 месяцев;
- провести вакцинацию против гриппа;
- поставить вакцину Пневмо 13 и через два месяца Пневмо 23 (лицам старше 50 лет).

Показатели процесса

	Показатели	Ед. изм.	Периодичность	Норма
1	Время от поступления пациента до принятия решения о диагнозе (порядок 15.1.1, п. 13)	Мин.	Каждый пациент	≤ 60 мин.
2	Бакпосев крови при затяжной пневмонии, при наличии мокроты (порядок 15.1.5, п. 4)	Часы	Каждый пациент	≤ 24 часа
3	Введение первой дозы антибактериальных препаратов (порядок 15.1.2, п. 5)	Часы	Каждый пациент	≤ 4 часов
4	Длительность лечения пациента с пневмонией	Дни	Каждый пациент	≤ 60 мин.
5	Рентгенография в двух проекциях при поступлении (порядок 15.1.1, п. 10)	Мин.	Каждый пациент	
6	Время нормализация температуры, сатурации	Дни	Каждый пациент	

Стандарт диагностических исследований при поражении легких

Дифференцируемое заболевание	Необходимые исследования
Рак легкого	– рентгенография легких в прямой и боковой проекциях в динамике; – МСКТ легких или линейная томография; – МСКТ, МРТ позвоночника; – исследование на атипичные клетки мокроты, плеврального экссудата; – ФБС, при исключении центрального рака легкого ЧБЛ, иммуногистохимия; – биопсия периферических лимфатических узлов; – УЗИ внутренних органов; – видеоторакоскопия, открытая биопсия легкого.
Метастазы в легкие	– МСКТ легких; – исследование на атипичные клетки плеврального экссудата; – диагностический поиск первичной локализации рака: ФГС, УЗИ внутренних органов, УЗИ щитовидной железы, УЗИ молочных желез, кал на скрытую кровь, гастроскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, консультация уролога, гинеколога и т.д.; – ФБС с ЧБЛ, иммуногистохимия; – чрезпищеводная биопсия внутригрудных лимфатических узлов; – биопсия периферических лимфатических узлов; – ультразвуковое исследование печени; – позитронно-эмиссионная томография; – видеоторакоскопия, открытая биопсия легкого.
Туберкулез легких	– исследование мокроты на КУМ по Цилю-Нильсену; – ФБС с исследованием смывов на КУМ, с биопсией при подозрении на туберкулез бронха; – МСКТ легких; – консультация фтизиатра (исследование мокроты на КУМ методом флотации, люминесцентным методом; исследование мокроты на КУМ методом ПЦР, посев мокроты на КУМ, исследование плеврального экссудата, реакция Манту, квантифероновый тест, диакинтест); – видеоторакоскопия, открытая биопсия легкого.
Диссеминированные заболевания легких	– МСКТ легких; – исследование вентиляционной и диффузионной функций легких; – ФБС с ЧБЛ, иммуногистохимия; – позитронно-эмиссионная томография; – диагностический поиск первичной локализации рака: ФГС, УЗИ внутренних органов, кал на скрытую кровь, ректороманоскопия, консультация уролога, гинеколога; – видеоторакоскопия, открытая биопсия легкого.
ТЭЛА	– исследование крови на гемостаз с определением Д-димера; – ЭКГ; – ЭхоКГ; – ДС с ЦДК вен нижних конечностей; – ангиопульмонография; – перфузионная радиосцинтиграфия (изотопное сканирование) легких.
Грибковые поражение легких	– посев мокроты на грибы; – посев крови на грибы; – ФБС с получением бронхоальвеолярного смыва для микроскопического и культурального исследования; – МСКТ легких; – консультация отоларинголога; – выявление секреторного IgA к антигенам грибов и микотоксинам в слюне; – определением галактотоманнового антигена A. fumigatus в сыворотке крови, спинномозговой жидкости, моче и др.; – определение специфических антител в сыворотке крови: IgG; – видеоторакоскопия, открытая биопсия легкого.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

М. А. Фирсов, Ф. П. Капсаргин, А. Н. Вохмин, Д. И. Лалетин, Э. В. Лукичева, А. И. Юнкер, Н. В. Савватеева, А. В. Пучко, Н. А. Костюк, В. С. Галич, В. В. Шевцова, Ю. М. Галева
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Программный гемодиализ позволяет улучшить почечный прогноз и пролонгировать жизнь у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Основными заболеваниями, приводящими к заместительной почечной терапии, являются диабетическая и гипертоническая нефропатия, хронический гломерулонефрит и пиелонефрит [1]. Несмотря на существенное повышение в последние годы качества и эффективности гемодиализа, сохраняется высокий уровень смертности пациентов.

Основной причиной летальности гемодиализной популяции являются сердечно-сосудистые осложнения. По данным Л. Ф. Закировой и О. Н. Сигитовой, доля кардиоваскулярной патологии в структуре смертности гемодиализных больных составляет 57,2% (сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, нарушения мозгового кровообращения), желудочно-кишечные кровотечения – 14,2%, инфекционные осложнения – 9,5%, злокачественные новообразования – 9,5% [2].

Также грозным осложнением у больных на заместительной терапии хронической почечной недостаточности (ХПН) является сепсис. Он характеризуется длительным течением, выраженными симптомами интоксикации, развитием клинических проявлений синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания [3].

Цель исследования

Изучение группы больных с урологической патологией, приведшей к терминальной почечной недостаточности, и назначение заместительной почечной терапии (гемодиализа), анализ послеоперационных осложнений, определение способов их профилактики и лечения.

Количество пациентов, находящихся на гемодиализе в Красноярском крае, ежегодно растет. Так, если в 2003 году 86 пациентов получали программный гемодиализ, к 2013 году количество этих пациентов увеличилось почти в 6 раз (478 человек). Доля пациентов с урологическими заболеваниями в структуре причин, приведших к заместительной почечной терапии, составляет 5,03%.

Материалы

Нами проанализированы истории болезни 126 больных с урологическими заболеваниями, находящихся на программном гемодиализе, 67 пациентов имели операции в анамнезе в додиализном периоде, 37 пациентов были оперированы в условиях краевой клинической больницы (ККБ), уже находясь на заместительной почечной терапии.

Результаты

Все пациенты имели признаки хронического пиелонефрита с исходом в терминальный нефросклероз, однако причины развития пиелонефрита имели разносторонний характер. Из 126 человек

13,9% имели только признаки хронического пиелонефрита, у 86,1% пиелонефрит имел вторичный характер на фоне основного заболевания.

Наибольшую группу составили больные мочекаменной болезнью – 19,8%, 17,9% – с аномалиями развития почек и мочевых путей, в том числе в сочетании с хроническим гломерулонефритом, и 13,5% – с поликистозом почек, 13,5% – с инфравезикальной обструкцией, 3,9% имели признаки нейрогенного мочевого пузыря и 1,6% – туберкулез мочевой системы.

В отдельную группу были выделены пациенты с онкологической патологией, доля которых составила 15,9% (из них 73% – с опухолями почек, 18,2% – с опухолями мочевого пузыря, 8,8% – опухолью предстательной железы).

Больные мочекаменной болезнью в 80% случаев были оперированы в анамнезе в додиализном периоде: 10 пациентам выполнялась нефрэктомия, 4 – уретеролитотомия, 4 – пиелонефротомия, 3 – нефростомия и 2 проводилось стентирование мочеточника. Одному пациенту, уже находящемуся на программном гемодиализе, была проведена нефрэктомия в условиях ККБ, 4 пациентам выполнялась пункционная нефростомия, одному – резекция почки и двум пациентам – уретероскопия с уретеролитотомией и стентированием мочеточника.

76,5% больных поликистозом были оперированы, 35,3% в анамнезе, остальные в условиях ККБ, находясь на программном гемодиализе. 3 пациентам была выполнена поочередно двусторонняя нефрэктомия с их переводом в ренопривное состояние, 2 пациентам выполнялись нефрэктомии в связи с нагноением кист почек, 5 – проводилась пункционная дренировка кист.

Половина пациентов с инфравезикальной обструкцией (85% – доброкачественная гиперплазия простаты) поступали в ККБ с уже установленной цистостомой, у одного предварительно был наложен нефростомический дренаж. Остальным цистостомические дренажи были установлены в ККБ, в 75% случаев в связи с сохраняющимися явлениями нарушения уродинамики верхних мочевых путей дополнительно были установлены пункционные нефростомы. У 2/3 пациентов установка дренажей в комбинации с гемодиализом позволила купировать явления терминальной почечной недостаточности. В последующем 52% пациентов были выполнены радикальные вмешательства по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы с восстановлением пассажа мочи.

В группе онкологических больных наибольшее количество составили пациенты с опухолями почек различной стадии заболевания. 75% пациентов имели операции в анамнезе по поводу опухоли почек, из них у половины в последующем развивалась паранеопластическая нефропатия. У остальных диагностировали хронический гломеру-



Гематома забрюшинного пространства у пациента К.

лонефрит единственной почки, диабетическую нефропатию и атеросклероз почечной артерии.

25% пациентов были прооперированы в ККБ в связи опухолями единственной почки с последующим переводом больных в ренопривное (аренальное) состояние. Пациенты этой группы в анамнезе были оперированы по поводу опухоли контралатеральной почки, а у 17,5% опухоли имели рецидивный характер после органосохраняющих операций. У 2% была выполнена резекция единственной почки, что потребовало проведение в раннем послеоперационном периоде сеансов гемодиализа с последующим восстановлением функции почки.

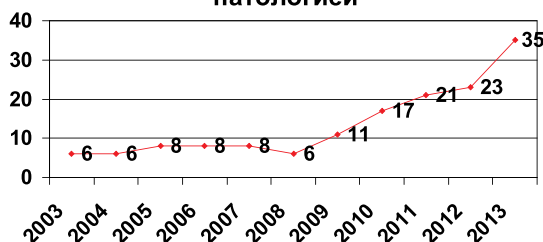
Больные с опухолями мочевого пузыря поступали в ККБ с признаками постренальной анурии, что требовало наложения пункционных нефростом у всех больных с последующим проведением сеансов гемодиализа. У 75% отмечалось восстановление функции почек после трех-пяти сеансов гемодиализа, в 25% – имелись признаки терминального поражения почек, в последующем эти больные были

переведены на программный гемодиализ. Кроме этого, 50% больных с опухолью предстательной также оставались на программном гемодиализе после наложения пункционных нефростом.

В структуре урологических заболеваний в смертности больных, находящихся на программном гемодиализе, наибольшее количество пациентов составляют больные онкопатологией – 15,4% и мочекаменной болезнью – 15,4%. Чуть меньше, 12,8%, больные поликистозом, 10,3% – больные с инфравезикальной обструкцией. Такой же процент регистрируется у больных с хроническим и острым пиелонефритом (в том числе гнойным), 8,3% составляют пациенты с нарушением проходимости верхних мочевых путей, 7% – с туберкулезом мочевой системы и по 5,1% с аномалиями мочевой системы и нейрогенным мочевым пузырем.

Основной причиной являются нарастающие явления уремии в 35,9%, в 30,8% – явления генерализации инфекционного процесса, развития сепсиса (причем большую долю составляет уросепсис практически у половины пациентов).

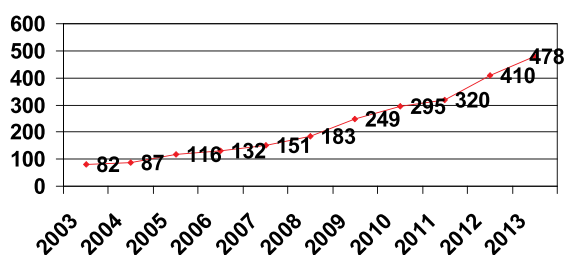
Количество больных на гемодиализе с урологической патологией



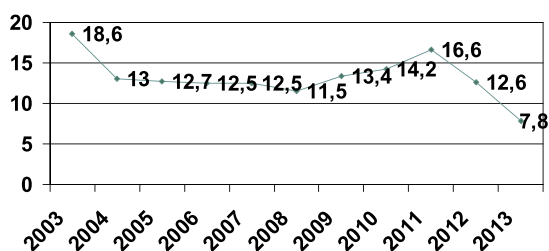
Острые сердечно-сосудистые осложнения (инфаркт миокарда, кардиогенный шок, инсульт) составляют 12,8%, в 7,7% регистрируется гиперкалиемия, такой же процент регистрируется у больных с развитием кровотечений, в том числе в послеоперационном периоде с развитием геморрагического шока, 5,1% – больные с туберкулезом мочевой системы. Практически треть пациентов погибает в послеоперационном периоде от развития осложнений.

При анализе послеоперационных осложнений у 54% больных после классических (открытых) оперативных вмешательств отмечалось развитие геморрагических осложнений, проявляющихся диффузным кровотечением из послеоперационной раны, в 70% которые требовали повторного оперативного вмешательства, на разных сроках

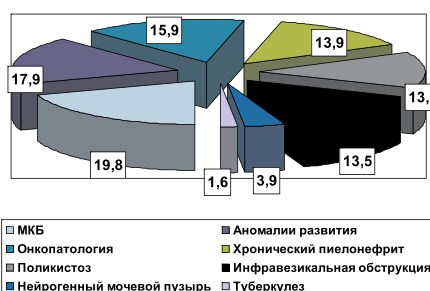
Количество больных на гемодиализе



Смертность больных на гемодиализе



Структура причин терминальной ХПН у больных урологической патологией





послеоперационного периода. Наличие гематом в послеоперационном периоде различных размеров фиксируются практически у 85% больных.

Кроме этого, у 90% пациентов, прооперированных малоинвазивными способами (пункционная нефростомия, цистостомия), отмечалась длительная повышенная кровоточивость, у двух пациентов потребовалась открытая ревизия операционной раны. Усиление кровотечения регистрировалось после проведения сеансов гемодиализа, а введение антидота гепарина (протамина сульфата) давало положительный эффект лишь у трети пациентов.

Установленным фактом является, что после сеанса гемодиализа происходит достоверное снижение уровня тромбоцитов, фактора Виллебранда, деформирующей способности эритроцитов, повышение уровня фибрин-мономерных комплексов. Все это, учитывая развитие у больных гипокоагуляции на фоне введения гепарина, значительно увеличивает риск возникновения геморрагических осложнений [4].

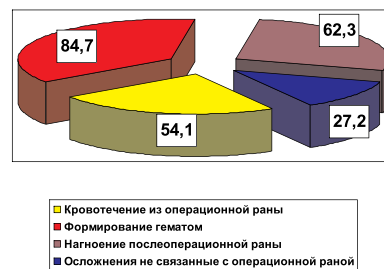
Для снижения рисков послеоперационных осложнений разработан протокол ведения гемодиализных больных в послеоперационном периоде, который основывается на минимизации гепаринизации диализного больного [5].

Безгепариновый диализ является методом выбора у больных с высоким риском кровотечения (ранний послеоперационный период). Экстракорпоральный контур промывают физиологическим раствором, содержащим 3000 ЕД/л гепарина, чтобы дать возможность гепарину покрыть поверхности экстракорпорального контура и мембрану диализатора и смягчить тромбоцитарный ответ.

Чтобы предотвратить попадание гепарина к больному, в начале диализа вытесняют гепаринсодержащий раствор либо кровью пациента, либо физиологическим раствором без гепарина. Кровоток устанавливают в диапазоне 300-500 мл/мин. при переносимости.



Структура послеоперационных осложнений после открытых оперативных вмешательств, %



Если такой кровоток противопоказан из-за риска развития синдрома нарушенного равновесия, рекомендуется применять диализатор маленькой площади или снизить поток диализирующего раствора. Каждые 30 мин. быстро промывают диализатор 100-200 мл физиологического раствора, закрывая линию подачи крови.

Частота промывания увеличивается или уменьшается по мере необходимости. Повторное промывание препятствует тромбообразованию и уменьшает риск тромбоза диализатора. При использовании метода безгепаринового диализа полное тромбообразование диализатора встречается приблизительно в 5% случаев и ожидаемый риск меньше, чем опасность кровотечения при введении гепарина больным из группы высокого риска. Такой тип диализа опробован нами у трех больных, которым выполнялось оперативное вмешательство классическим способом в забрюшинном пространстве. При этом не было зарегистрировано ни признаков кровотечения, ни формирования гематом.

Выводы

Считаем оправданным применение безгепаринового диализа после любого оперативного вмешательства, как классического, так и малоинвазивного, с определением сроков проведения этого вида специализированного диализа, опираясь на данные гемостаза в послеоперационном периоде.

Литература

Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей под ред. проф. Е. М. Шиловой. г. Москва, 2012. – 75 с.

Структура причин хронической болезни почек и летальности пациентов, получающих программный гемодиализ. Закирова Л. Ф., Сигитова О. Н. Журнал

Структура смертности

Причина	%
Прогрессирующая уремическая интоксикация	35,9
Генерализация инфекционного процесса	30,8
Сердечно-сосудистые осложнения	12,8
Гиперкалиемия	7,7
Кровотечение	7,7
Туберкулез мочевой системы	5,1

«Нефрология и диализ». Издательство: Российское диализное общество (Москва). 2013. С. 345. Цит. в РИНЦ ISSN: 1680-4422.

Влияние гемодиализа на состояние гемостаза и микроциркуляции у больных терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Ивлиев С. В., Гринштейн Ю. И., Татаренко Н. Е., Кульга И. В. Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). Издательство: Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск). 2003. С. 27-30. Цит. в РИНЦ ISSN: 1815-7572.

Клинико-иммунологические особенности и качество жизни у больных с инфекционными осложнениями при хронической почечной недостаточности. Базухейр Халед Салем Абдулла. Медицинские диссертации: <http://medical-diss.com/medicina/kliniko-immunologicheskie-osobennosti-i-kachestvo-zhizni-u-bolnyh-s-infektsionnymi-oslozhneniyami-pri-hronicheskoy-pochec#ixzz2xdvcriqc>.

Клинический диализ: Руководство // С. Ахмад; пер. с англ., под ред. Е. А. Стецюка. — М.: Логосфера, 2011. — 304 с.

НАРКОЛОГИЯ

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

С. А. Васильев, В. В. Шилов, И. А. Шикалова, А. С. Богачева, Е. В. Полозова
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Резюме

В результате обследования 130 больных с острыми отравлениями этанолом на фоне алкогольной интоксикации установлено, что отравления этанолом сопровождаются выраженными нарушениями метаболизма. В ходе проведения сравнительной оценки включения в терапию острых отравлений этанолом на фоне алкогольной интоксикации Гептрала (адemetионина) и Ремаксол выявлено, что оба препарата эффективны в отношении коррекции нарушенных функций печени.

Однако использование Ремаксол, в отличие от Гептрала, приводит к улучшению клинического течения отравлений: снижается частота и длительность алкогольного делирия, сокращается длительность пребывания больных в отделении реанимации и срок стационарного лечения. Вероятным механизмом этого положительного влияния на клинику авторы считают эффективное снижение глубины метаболических расстройств, что проявляется в более выраженном, по сравнению с другими группами, снижении уровня лактата.

Ключевые слова: острые отравления этанолом, алкогольная интоксикация, токсические гепатопатии, Ремаксол, Гептрал, метаболические расстройства, лактат.

Введение

Для того чтобы предметно говорить о лечении острых отравлений этанолом на фоне алкогольной интоксикации, необходимо внести некоторую ясность в терминологию. Под острым отравлением понимают заболевание, развивающееся вследствие экзогенного воздействия на

организм человека или животного химических соединений в количествах, вызывающих нарушения физиологических функций и создающих опасность для жизни.

Интоксикация — результат нарушения жизнедеятельности, вызванного токсичными веществами, проникающими в организм извне или образовавшимися в нем. Таким образом, интоксикация — более широкий патологический процесс, включающий не только и не столько экзогенный, но и, возможно, в большей степени эндогенный токсикоз.

Хроническая алкогольная интоксикация не сопровождается комой (за исключением терминальной стадии полиорганной недостаточности) и классифицируется буквой «F» в МКБ10. А под отравлением этанолом подразумевается остро развившееся состояние, сопровождающееся потерей сознания (комой) в результате употребления токсической дозы этилового спирта. Оно классифицируется в МКБ10 под буквой «T».

Следует заметить, что значительная часть медработников не задумываются над сутью этих терминов и в обиходе используют выражение «алкогольная интоксикация» в случаях острого отравления этанолом, сопровождающегося алкогольной комой. Подмена этих понятий часто ведет к неправильной диагностике, госпитализации и терапии пострадавшего.

Проблема лечения больных с острыми отравлениями этанолом и алкогольной интоксикацией не теряет своей актуальности. Тяжесть течения заболевания у больных с алкогольной зависимостью определяется развитием тяжелых токсико-гипоксических поражений головного мозга и полиорганных нарушений, значительно усугубляющих клиническое течение.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту, длительности запоя и данным химико-токсикологического исследования (M±m)

Группы больных (n = 130)	Возраст (лет)	Длительность злоупотребления этанолом (сутки)	Данные химико-токсикологического исследования этанола в крови (%)	Данные химико-токсикологического исследования этанола в моче (%)
Группа (I) (n = 65)	46 ± 1,5	16,9 ± 2,1	3,4 ± 0,2	3,3 ± 0,2
Группа (II) (n = 65)	44,9 ± 1,4	21,3 ± 3	3,7 ± 0,2	3,7 ± 0,3

* — p < 0,05 — достоверность между группами больных.

Одним из органов-мишеней является печень. Зачастую после выхода из коматозного состояния, обычно на вторые-третьи сутки от начала интенсивной терапии, течение заболевания осложняется развитием алкогольного делирия, связанного с грубыми метаболическими расстройствами, сходными с нарушениями, сопровождающими шоковые состояния.

Современная интенсивная терапия тяжелых форм острых отравлений алкоголем строится на принципе комплексного подхода к лечению. Одной из основных мер, наряду с максимально быстрой и эффективной детоксикацией организма, является коррекция метаболических расстройств и профилактика алкогольного делирия. Таким образом, в коррекции соматоневрологических нарушений первостепенное значение приобретают препараты, уменьшающие степень грубых метаболических расстройств.

На наш взгляд, к таким препаратам можно отнести комплексный инфузионный гепатопротектор Ремаксол, включающий в себя сукцинат, инозин, метионин и никотинамид.

Цель исследования

Сравнительная оценка эффективности включения в интенсивную терапию используемого в большинстве учреждений в качестве гепатопротектора Гептрал и инфузионного препарата Ремаксол для лечения тяжелых форм острых отравлений алкоголем, сопровождающихся алкогольной интоксикацией и гепатопатиями.

Материалы и методы исследования

Основной материал исследования составили результаты комплексного обследования 130 больных с острыми тяжелыми отравлениями этанолом на фоне алкогольной интоксикации и алкогольной гепатопатии.

Все обследованные в возрасте от 23 до 60 лет, из них мужчин – 114, женщин – 16. Распределение больных по группам осуществлялось в зависимости от проводимой терапии.

Первая группа больных (I) с включением в интенсивную терапию препарата Гептрал – 65 человек (57 мужчин и 8 женщин).

Вторая группа больных (II), интенсивная терапия которых включала в себя использование препарата Ремаксол, – 65 человек (57 мужчин и 8 женщин). Достоверных отличий по возрасту, концентрации этанола в крови и моче по данным химикотоксикологического исследования, а также по длительности злоупотребления алкоголем не было (таблица 1).

При выполнении работы анализировали анамнез заболевания, догоспитальный этап, данные объективного исследования при поступлении в лечебное учреждение и в динамике, результаты общеклинического обследования. Помимо оценки клинического течения острых отравлений, а также их исходов исследовали динамику показателей, отражающих функциональное состояние печени (билирубин общий, прямой и непрямой билирубин, аспартатаминотрансфераза (АсАТ),

аланинаминотрансфераза (АлАТ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), амилаза, глюкоза крови, лактат).

Всем больным основной (II) группы исследования вводили Ремаксол по следующей схеме: 400 мл внутривенно 2 раза в сутки в течение первых семи дней на фоне проведения стандартной интенсивной терапии. В группе сравнения (I) вводили Гептрал по 400 мг на 400 мл физиологического раствора 2 раза в сутки в течение семи дней на фоне проведения стандартной интенсивной терапии.

Терапию расценивали как эффективную, если отмечалось отчетливое клиническое улучшение состояния больных. Критериями эффективности были редукция проявлений острой церебральной недостаточности, тяжести состояния и уменьшение степени алкогольной гепатопатии.

Результаты исследования и их обсуждение

Состояние исследуемых больных на момент поступления расценивалось как тяжелое и крайне тяжелое. Тяжесть была обусловлена тяжелыми токсическими поражениями головного мозга, что клинически проявлялось развитием острой церебральной недостаточности до комы II-III степени по шкале Глазго и наличием тяжелых токсических поражений печени.

Отличия клинического течения острых тяжелых отравлений этанолом на фоне алкогольной интоксикации при использовании в интенсивной терапии Гептрала и Ремаксолом проявлялись в существенном снижении количества случаев развития такого грозного осложнения, как алкогольный делирий. Если при использовании Гептрала частота его развития в процессе лечения составляла 33,9% и наблюдалась у 22 больных, то при использовании Ремаксолом алкогольный делирий был отмечен у 10 больных, что составило 15,4% (таблица 2). При этом нужно учитывать факт, что вероятность развития алкогольного делирия изначально была одинаково высока в обеих группах, учитывая длительность запоя (таблица 1).

Различия клинического течения отразились на сокращении длительности пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии, которое в группе с лечением Ремаксолом составило $5,6 \pm 0,3$ суток, в группе больных, получавших Гептрал, – $7,3 \pm 0,6$ суток. Также при использовании Ремаксолом отмечали сокращение сроков лечения с $11,8 \pm 1,1$ до $9 \pm 0,4$ суток (таблица 2).

Таким образом, при включении в интенсивную терапию острых отравлений этанолом инфузионного гепатопротектора Ремаксол выявлены положительные моменты: снижение частоты развития алкогольного делирия, времени нахождения в отделении реанимации и сокращение сроков стационарного лечения. В группе с включением в интенсивную терапию Гептрала подобного эффекта не наблюдали.

На фоне длительного запоя профилактика развития алкогольного делирия особенно важна. Для этого после выхода больных из коматозного состояния и при появлении у них признаков психических нару-

Таблица 2
Клинические критерии эффективности интенсивной терапии (M±m)

Показатель	I группа (n=65)	II группа (n=65)
Частота развития алкогольного делирия, n (%)	22 (33,9%)*	7 (10,8%)*
Длительность пребывания больных в ОРИТ, сутки	$7,3 \pm 0,6^*$	$5,6 \pm 0,3^*$
Длительность пребывания в стационаре, сутки	$11,8 \pm 1,1^*$	$9 \pm 0,4^*$

*p<0,05 между (I) и (II); **p<0,01 между (I) и (II).

Таблица № 3

Сравнительная оценка биохимических показателей больных с острыми отравлениями этанолом на фоне проводимого лечения в I группе (n=65) и во II группе (n=65) (M±m)

Показатели	1 сутки	3 сутки	5 сутки	7 сутки
Билирубин общ. (I)	14,9±1,1	15,1±1,2	11,3±0,9	9,7±1
Билирубин общ. (II)	15,4±1,4	16,3±1,5	11,5±0,8	8,2±0,5
Билирубин пр. (I)	4,6±0,6	4,6±0,6	3,9±0,5	3,5±0,6
Билирубин пр. (II)	4,5±0,5	4,1±0,4	3,1±0,2	2,3±0,2
Билирубин непр. (I)	10,3±0,9	10±0,8	7,4±0,6	6,2±0,5
Билирубин непр. (II)	10,8±1,1	12,1±1,1	8,4±0,7	5,9±0,4
АСТ (I)	118,2±20,6*	133,3±30*	97±13,8*	77,9±8,2*^
АСТ (II)	162,6±51,7*	107,7±19,9*	88,6±12,6*^	71,9±9,8*^
АЛТ (I)	93,3±11,4*	91,7±16,5*	80,4±8,9*	74,5±8,7*^
АЛТ (II)	99,8±12,8*	73±11,5*	65,1±9,6*^	56,7±5,3*^
ГГТП (I)	210,4±23**	190,6±22**	177,3±21,1**	161,8±19,2**
ГГТП (II)	262,4±29**	221,6±25,9**	187,6±22**	165,1±19,9**
ЛДГ (I)	272,1±12,7*	267,8±13,9*	242,2±11,3*	235,4±10,5*
ЛДГ (II)	310,6±14,4*	288±14,4*	264,4±13,9*	239,7±13,5*
ЩФ (I)	90,5±4	83,7±3,9	77,2±3,6	75,5±3,5
ЩФ (II)	107±4,7	88,9±4,2	83,1±3,9	75,2±3,6
Амилаза (I)	104±17,5	87±17,7	78,9±16,3	86,2±15,9
Амилаза (II)	74,5±7,3	59±6,2	54±4,4	52,7±3,3
Глюкоза (I)	6,04±0,39	5,07±0,17	5,21±0,17	
Глюкоза (II)	6,54±0,51	5,31±0,15	4,97±0,15	
Лактат (I)	4,16±0,17**	3,99±0,14**	3,9±0,15**	
Лактат (II)	4,63±0,18**	3,42±0,2**#^	2,46±0,19*#^	

Примечание: *p<0,05 от нормы; **p<0,01 от нормы; #p<0,05 от исходных значений; ##p<0,01 от исходных значений; ^p<0,05 между (I) и (II); ^p<0,01 между (I) и (II).

шений вводятся психотропные средства, направленные на снижение выявленных нарушений.

При лечении исследуемых групп больных для купирования психомоторного возбуждения использовались 1,4-бензодиазепины (диазепам), нейролептики (галоперидол) и барбитураты (тиопентал натрия). В группе с использованием Ремаксола средняя доза вводимых с целью седации производных диазепама на третьи сутки составила 34±4 мг, тогда как при использовании Гептрала средняя доза диазепама была в 2 с лишним раза больше (73±5,3 мг).

В эти же сутки в группе больных с использованием Ремаксола доза галоперидола составила 1,3±0,4 мл, тогда как в группе с использованием Гептрала – 3,5±0,6 мл. Более сильнодействующее снотворно-седативное средство из группы производных барбитуровой кислоты, тиопентал натрия, в группе с использованием Ремаксола не использовалось, тогда как среднесуточная доза в группе с использованием Гептрала составила 325±53 мг.

Сроки введения седативных и снотворных средств в группе с использованием Ремаксола составили 6,1±1,2 суток и были связаны в основном с нормализацией сна. Сроки введения психотропных препаратов в группе с использованием Гептрала составили 13,2±3,5 суток. На всем протяжении их применения сохранялась необходимость купирования психических расстройств.

Таким образом, использование Ремаксола приводило к снижению доз и сокращению сроков необходимости купирования алкогольного психоза, связанного с длительностью запоя.

При поступлении группа с использованием Гептрала (I) и группа с использованием Ремаксола (II) не отличались по большинству показателей, отражающих глубину токсических поражений печени. У исследуемых больных регистрировалось значительное повышение ферментов, характеризующих цитолитический синдром (АсАТ, АлАТ), холестатический синдром (ЩФ, ГГТП), нарушение метаболизма тканей (ЛДГ) и содружественное, в силу анатомической взаимосвязи, повреждение поджелудочной железы (амилаза) (таблица 3).

Исследование АсАТ показало позитивное воздействие Гептрала и Ремаксола на этот важный показатель ферментативного обмена на седьмые сутки исследования: в группе I (использование Гептрала) было отмечено снижение на 34,8% от исходных значений, во II исследуемой группе (использование Ремаксола) снижение составило 46,4% от исходных значений. Достоверных отличий по этому показателю между исследуемыми группами не было.

Динамика уровня АлАТ была аналогичной: снижение активности этого фермента отмечено на 7-е сутки исследования в I группе (Гептрал) и на 5-е сутки – в группе II (Ремаксол). На 7-е сутки исследования в I группе снижение уровня АлАТ составило 20,1%. В группе II на 5-е сутки снижение показателя составило 34,7% от исходных значений, а на 7-е сутки – 43,2% (таблица 3).

При поступлении в обеих исследуемых группах отмечали достоверное повышение уровня ГГТП, что свидетельствовало о наличии алкогольного мезенхимального воспаления печени у обследованных больных (таблица 3). При исследовании этого показателя отмечали

однонаправленное снижение его уровня в обеих исследуемых группах. Однако в группе с использованием Гептрала на 3-и и 5-е сутки снижение носило характер тенденций, достоверное снижение показателя отмечено на 7-е сутки от начала проводимой терапии. В группе с использованием Ремаксола снижение отмечено с 3-х суток, и продолжалось на 5-е и 7-е сутки.

Положительная динамика ГГТП при применении гепатопротекторов из группы метионина у больных с тяжелыми формами острых отравлений этанолом на фоне алкогольной интоксикации может свидетельствовать о том, что в условиях прогрессирования мезенхимального воспаления инфузии обычно используемых растворов (глюкозы, физиологического раствора) недостаточны. Также следует отметить, что и в условиях применения Гептрала у ряда пациентов величины ГГТП не принимали значения должных к восьмым суткам интенсивной терапии.

Таким образом, исследование биохимических показателей у больных с острыми отравлениями алкоголем на фоне алкогольной интоксикации подтверждало необходимость коррекции токсических поражений печени. Установлено, что препараты на основе метионина практически одинаково влияют на нормализацию показателей, отражающих функциональное состояние печени.

ПРИ АНАЛИЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОБНАРУЖЕНЫ ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМАКСОЛА, КОТОРЫЕ ЗАКЛЮЧАЛИСЬ В РЕЗКОМ СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ. НА НАШ ВЗГЛЯД, ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ И НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ.

Однако при анализе клинического течения обнаружены преимущества использования Ремаксола, которые заключались в резком снижении частоты развития психических нарушений. На наш взгляд, это является ключевым и наиболее важным при выборе тактики гепатопротекторной терапии.

Следует отметить, что в обеих группах исходно отмечали повышение уровня лактата, что являлось свидетельством наличия выраженных тяжелых метаболических расстройств у больных с острыми отравлениями этанолом (таблица 3). Исследование лактата показало, что под влиянием Ремаксола происходило его снижение к 3-5-м суткам от начала проводимой терапии. В I группе (использование Гептрала) не было отмечено снижения уровня лактата относительно исходных значений. В последующем только на 5-е сутки регистрировалась тенденция к снижению уровня лактата, но даже к этому времени не было достигнуто снижения лактатами до уровня нормальных значений.

Межгрупповые отличия регистрировалась с 3-х суток от начала проведения интенсивной терапии. Снижение уровня лактата во II группе на 3-и сутки на 26,2% и на 5-е сутки на 46,9% является свидетельством того, что в механизмах поражения печени играет роль не только прямое токсическое действие сверхдоз этанола, но и глубина метаболических расстройств, связанных с развившейся гипоксией тканей.

Таким образом, включение Ремаксола в интенсивную терапию острых отравлений этанолом на фоне алкогольной интоксикации и токсических поражений печени приводит к более существенному

снижению метаболических расстройств. Именно однонаправленное, методичное снижение лактата, на наш взгляд, является залогом клинической эффективности препарата.

Очевидно, что реабилитация функционального состояния печени связана, вероятно, не только с гепатопротекторными свойствами Ремаксола, но и с антигипоксантами и антиоксидантными эффектами. Влияние препарата на нормализацию функционального состояния печени и снижение метаболических расстройств во многом определяет улучшение клинического течения тяжелых форм острых отравлений этанолом и позволяет существенно снизить риск развития психических расстройств, связанных с длительным употреблением алкоголя.

Выводы

Использование в инфузионной терапии Ремаксола в дозе 800 мл/сутки или Гептрала в дозе 400 мг на 400 мл физиологического раствора 2 раза в сутки у больных тяжелыми формами острых отравлений этанолом на фоне алкогольной интоксикации токсической гепатопатии приводит к быстрой коррекции поражений печени и нормализации ее функционального состояния.

Включение в интенсивную терапию тяжелых форм острых отравлений этанолом у больных с алкогольной интоксикацией и алкогольной гепатопатией инфузионного гепатопротектора Ремаксол приводит к улучшению клинического течения, что проявляется в снижении частоты развития и тяжести течения алкогольного делирия, сокращению длительности пребывания больных в отделении реанимации и сроков стационарного лечения.

Литература

Малая медицинская энциклопедия в 6 томах. // Гл. ред. В.И. Покровский. — М.: Сов. энцикл.: Больш. Рос. энцикл.: Медицина, 1991-1996.

Бонитенко Ю.Ю., Г.А. Ливанов, Е.Ю. Бонитенко, М.Л. Калмансон, С.А. Васильев. Острые отравления алкоголем (патогенез, клиника, диагностика, лечение). — СПб. — 2003.

Бонитенко Ю.Ю., Ливанов Г.А., Бонитенко Е.Ю. и др. Острые отравления этанолом и его суррогатами. СПб. — 2005. — 223 с.

Галанкин Л.Н., Ливанов Г.А., Буров В.В. Алкогольный делириозный шок. СПб, «Антология», 2004.

Калинина А.В. Гастроэнтерология и гепатология, диагностика и лечение. Москва, «Миклош», 2007.

Ливанов Г.А., Бонитенко Е.Ю., Калмансон М.Л. и др. Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации. М. — РАОЗ. — 2000.

Ливанов Г.А., Калмансон М.Л., Сергеев О.В. и др. Коррекция нарушений транспорта кислорода и свободно радикальных процессов у больных с тяжелыми формами острых отравлений этанолом на фоне хронической алкогольной патологии. // Сибирский медицинский журнал. — 2007. — № 2. — С. 23-27.

Ливанов Г.А., Сергеев О.В., Мирошниченко В.Н. Хроническая алкогольная патология как фактор повышенного риска у больных с тяжелыми формами острых отравлений. // Бюллетень Восточно-Сибирского научного отделения Российской Академии медицинских наук. — 2008. — № 3. — С. 46-48.

Лужников Е.А., Суходолова Г.Н. Острые отравления у взрослых и детей. — М.: ЭКСМО, 2009. — С. 452-465.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

И. В. Кан, А. А. Левенец, А. Г. Симонов
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Травмы челюстно-лицевой области относятся к числу наиболее распространенных повреждений с постоянной тенденцией к их увеличению [1, 2, 3, 5]. В структуре заболеваемости взрослого населения РФ травмы челюстно-лицевой области занимают 10-е место и составляют от 3,2 до 8% от всех травм [2, 5].

По результатам работы КГБУЗ «ККБ» число больных с повреждением ЧЛО за последние годы составляет около 35% от общего числа госпитализаций в отделение челюстно-лицевой хирургии [5]. Отмечается тенденция к повышению количества травм среди населения трудоспособного возраста, находящихся в состоянии алкогольного опьянения [1, 2, 3, 6]. Переломы костей лицевого скелета встречаются в результате разбойных нападений, ДТП, падений с высоты, спортивных травм в соотношении нижняя челюсть – скуловые кости – верхние челюсти, как 6:2:1 [7].

Травмы челюстно-лицевой области тяжело переносятся больными в связи с выраженным болевым синдромом, эстетическими и функциональными нарушениями, длительными сроками реабилитации, которые зависят в том числе от развития посттравматических осложнений, возникающих вследствие позднего обращения за помощью, наличия одонтогенных очагов инфекции и др., что и предопределяет значимость этой патологии как в научном, так и в практическом плане [3].

Эта статья имеет образовательный характер, основана на опыте оказания помощи пострадавшим с травмами челюстно-лицевой области в КГБУЗ «ККБ», часть которого целесообразно было бы перенять лечебным учреждениям районов Красноярского края ввиду большого количества осложнений, связанных с ошибками диагностики, тактики и поздними сроками направления в специализированное лечебное учреждение именно на этом этапе. В статье рассматриваются алгоритмы обследования и лечения пациентов при переломах зубо-альвеолярного комплекса, нижней челюсти, скуловых костей и дуг, верхних челюстей.

Перелом зубо-альвеолярного комплекса

При поступлении пациента с подозрением на перелом зубо-альвеолярного комплекса внешний осмотр следует проводить, обращая внимание на наличие гематом, порезов. Внутриворотной осмотр следует начинать с мягких тканей, отмечая целостность губ, слизистой оболочки полости рта, десны.

Необходимо тщательно выполнить ревизию ран слизистой оболочки, убедиться в отсутствии в них зубов, осколков и инородных тел. Важно правильно записать зубную формулу в амбулаторную карту. При полном вывихе зубов и безрезультатном поиске их в полости рта выполнение рентгенографии органов грудной клетки является обязательным.

Дополнительным методом исследования при подозрении на перелом альвеолярного отростка или части достаточным может быть выполнение ортопантограммы.

Лечение такого перелома заключается в ручной репозиции отломков под местной анестезией, фиксации их шиной скобой на четыре недели, назначении антибиотиков, анальгетиков и выполнении антисептических ротовых ванночек.

Перелом нижней челюсти

Выраженный болевой фактор при движении нижней челюсти (НЧ) и посттравматический отек не являются ведущим симптомом при переломе нижней челюсти и могут встречаться при ушибах мягких тканей лица. Ключевым признаком при переломах является нарушение прикуса, функции ВНЧС, при этом может отмечаться нарушение вертикального, сагиттального, трансверсального движений НЧ.

При осмотре пациентов с подозрением на перелом НЧ необходимо обратить внимание на степень открывания рта, тщательно записать зубную формулу, проверить непрерывность зубного ряда, подвижность зубов, осмотреть слизистую оболочку, выполнить пальпацию челюсти, провести нагрузочные пробы.

При переломе НЧ наблюдаются нарушение прикуса (причем отмечает это и пациент), ограничение открывания рта, наличие расстояния или «ступеньки» между соседними зубами, разрывы слизистой оболочки, гематомы подъязычной области, подвижность отломков НЧ, положительные нагрузочные пробы. При пальпации НЧ определяется крепитация отломков.

Необходимо осмотреть наружные слуховые ходы. Наличие в них крови может означать перелом основания черепа с разрывом барабанной перепонки уха. Нужно помнить, что этот признак часто является следствием перелома мыщелкового отростка нижней челюсти с повреждением наружного слухового прохода.

На рисунке 1 представлена характеристика переломов нижней челюсти и их процентное соотношение.

Дополнительным и обязательным методом исследования является рентгенография. Выполнение рентгенограмм нижней челюсти в прямой, правой и левой боковых проекциях в большинстве случаев является достаточным для выявления факта перелома НЧ. Для постановки окончательного диагноза и планирования дальнейшего лечения может потребоваться более подробное рентгенологическое обследование, в том числе спиральная компьютерная томография (СКТ). Если в полости рта отсутствуют зубы, а лунки зубов зияют, необходимо выполнить рентгенограмму органов грудной клетки, чтобы исключить попадание зубов в трахею и главные бронхи.

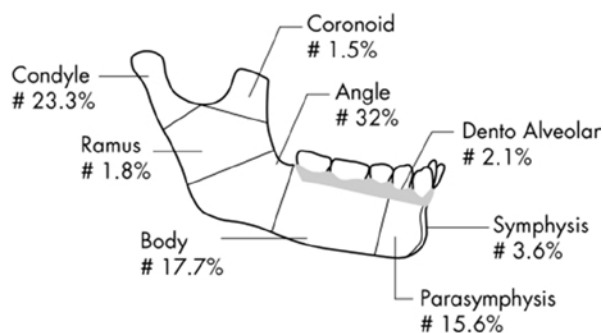


Рис. 1. Схема переломов нижней челюсти и их процентное соотношение [12]

Переломы нижней челюсти, за исключением переломов мышечного отростка и ветви, большей частью являются открытыми, т.е. есть связь костной раны с внешней средой, поэтому таким пациентам должна быть назначена адекватная антибактериальная терапия.

Пациентам с переломом НЧ как можно раньше должно быть выполнено удаление зубов из щели перелома и ушивание лунок удаленных зубов. Необходимо выполнить шинирование челюстей для обеспечения неподвижности костных отломков.

Различные виды временной транспортной иммобилизации НЧ (мягкая пращевидная, циркулярная марлевая подбородочно-теменная повязка) также могут быть использованы врачами-стоматологами в качестве иммобилизации челюстей на этапе транспортировки в специализированное стационарное учреждение, однако они не дают надежной фиксации НЧ и не обеспечивают полную неподвижность отломков.

После шинирования челюстей должны быть выполнены контрольные рентгенограммы. В случае смещения отломков на контрольных рентгенограммах пациенты немедленно должны быть направлены для дальнейшего оперативного лечения.

Нужно особо подчеркнуть, что объем и травматичность оперативного вмешательства, а в дальнейшем и реабилитация пациентов с переломом нижней челюсти напрямую зависят от давности нанесения перелома.

Перелом скуло-орбитального комплекса и скуловой дуги

Перелом скуловой кости и дуги в 70-90% случаев сопровождается нарушением чувствительности тканей верхней губы, щечной области, зубов верхней челюсти на стороне поражения. Пациент может отмечать кровотечение из носа вследствие разрыва слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, деформацию лица, затрудненное открывание рта вследствие смещения отломков к НЧ.

Предположить перелом скуловой кости следует, когда у пациента имеется параорбитальная гематома, гемофтальм. При осмотре следует оценить симметричность лица, основываясь на противоположную, неповрежденную, сторону. При пальпации по нижнеглазничному краю при переломе скуловой кости может присутствовать симптом «ступеньки». Необходимо пропальпировать область скулолобного шва и скуловой контрфорс со стороны полости рта над первым и вторым молярами.

Для оценки состояния скуловой дуги осмотр лучше всего проводить из-за головы пациента, при ее переломе может наблюдаться уплощение контуров лица. При пальпации скуловой дуги может отмечаться западение контуров, «ямочка», однако в результате отека этот симптом может быть нечетким или не определяться.

При переломах скуловой кости и дуги часто отмечается ограничение открывания рта, болезненные вертикальные и боковые движения НЧ.

Часто при переломах скуловой кости встречаются повреждения глаз, поэтому сбор офтальмологического анамнеза при подозрении на перелом скуловой кости является обязательным. Необходимо оценить движения глазного яблока, остроту зрения, проверить поля зрения и световой зрачковый рефлекс.

При переломе скуловой кости может наблюдаться двоение в глазах, пониженный уровень зрачка на пораженной стороне – симптом hyroglobus, пониженный уровень глазного яблока – симптом enophthalmus. Целостность зрительного нерва при птозе, вследствие отека верхнего века, необходимо оценить с помощью направленного света на закрытый глаз, пациент отметит, как он воспринимает световую чувствительность.

Дополнительным и обязательным методом исследования является рентгенография. Выполнение рентгенограммы лицевого скелета в полуаксиальной или аксиальной укладке в большинстве случаев является достаточным для выявления перелома и положения скуловой кости и дуги.

При интерпретации рентгенограммы лицевого скелета надо оценить воздушность верхнечелюстных пазух (возможность гемосинуса). Необходимо оценить симметричность контуров орбит и верхнечелюстных пазух, непрерывность контуров скуловой кости и дуги (рис. 2).

При рассмотрении рентгенограммы в полуаксиальной укладке необходимо обращать особое внимание на наиболее вероятные точки переломов костей лицевого скелета (рис. 3).

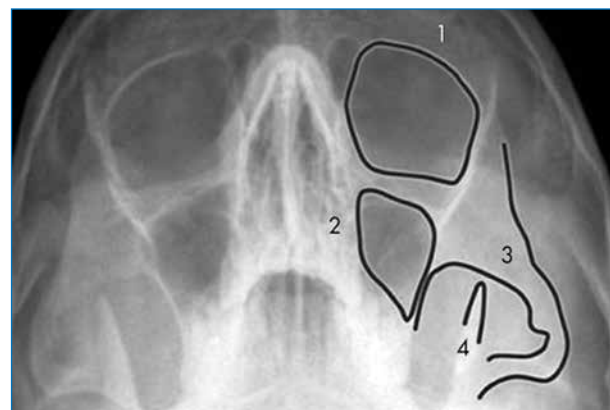


Рис. 2. Схема, соответствующая анатомии скуловой кости и дуги на рентгенограмме лицевого скелета в полуаксиальной укладке [9]. 1 – орбита. 2 – верхнечелюстная пазуха. 3 – скуловая кость и дуга. 4 – венечный отросток нижней челюсти.

Для планирования оперативного лечения пациентов с переломом скуловой кости и дуги мы склоняемся к выполнению СКТ лицевого скелета с 3D-реконструкцией.

Пациенты с переломами скуловой кости и дуги со смещением требуют оперативного лечения в ранние сроки после травмы.

Перелом верхних челюстей

Переломы верхних челюстей принято подразделять на три типа: Le Fort I – низкий уровень, Le Fort II – средний уровень, Le Fort III – высокий уровень, черепно-лицевое разобщение (рис. 4).

При переломе верхних челюстей пациенты отмечают нарушение прикуса. При осмотре пациентов могут отмечаться двусторонние параорбитальные гематомы (симптом «очков», лицо панды или енотовидные глаза), гематомы в области носовых отростков, рваные раны слизистой оболочки неба, открытый прикус, симптомы «ступеньки» по нижнеглазничным краям. При пальпации верхних челюстей определяется их патологическая подвижность.

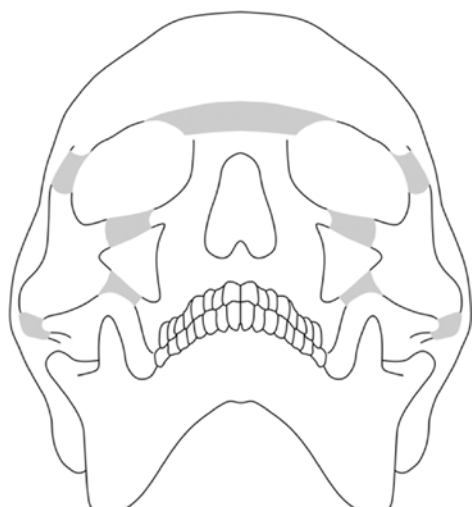


Рис. 3. Схема наиболее вероятных точек переломов костей лицевого скелета на рентгенограмме в полуаксиальной укладке [9].

Переломы верхних челюстей по Le Fort II и Le Fort III часто сопровождаются рино-, отолкивореей, что указывает на возможность перелома основания черепа, поэтому в обязательном порядке такие пациенты должны быть осмотрены врачом-нейрохирургом.

Золотым стандартом для диагностики переломов верхних челюстей является СКТ лицевого скелета с 3D-реконструкцией.

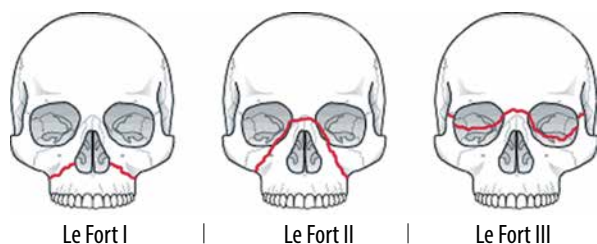


Рис. 4. Схема типов переломов верхних челюстей [10]

Пациентам с выявленным переломом верхних челюстей в первую очередь необходимо назначить адекватную антибактериальную терапию. Общим принципом лечения является иммобилизация челюстей с помощью внутриротных и внеротовых фиксаторов одновременно. Однако при наличии у пациента тошноты и рвоты этот этап лечения противопоказан. Пациенты с переломами верхних челюстей немедленно должны быть направлены в специализированное лечебное учреждение для дальнейшего оперативного лечения.

Пациенты с переломами костей лицевого скелета в случае сложной клинической ситуации (множественный, оскольчатый перелом, смещение отломков после ручной репозиции, сочетание переломов с тяжелой ЧМТ) — должны быть немедленно дистанционно консультированы курирующими данный район врачами отделения ЧЛХ краевой клинической больницы.

На базе КМИАЦ функционирует единая информационная система сбора данных, в том числе томограмм и рентгенограмм. Благодаря Центру, в сомнительных и сложных клинических случаях специалисты могут проводить консультацию исследований в режиме on-line дистанционно.

При необходимости срочной транспортировки или консультации пациента другими специалистами краевой клинической больницы, например, нейрохирургом или травматологом, необходимо связаться с отделением санитарной авиации.

Заключение

Отсутствие должного обследования, неправильная тактика ведения и поздние сроки начала лечения пациентов с переломами костей лицевого скелета могут повлечь за собой серьезные нарушения эстетики лица, зрения, функции жевания и речи. Осложнением при переломе верхних челюстей может быть развитие менингита.

Нужно отработать четкий план обследования и лечения при поступлении пациентов с подозрением на переломы костей лицевого скелета. Стоматологом должен быть проведен тщательный осмотр, выполнена рентгенография. При подтверждении перелома нижней челюстей в срочном порядке должно быть выполнено шинирование челюстей (транспортная фиксация нижней челюсти допускается только при адентии), контрольная рентгенография после шинирования. При наличии смещения отломков пациент немедленно должен быть направлен в специализированное лечебное учреждение.

При подозрении на переломы скуловых костей и верхних челюстей должно быть выполнено рентгенологическое исследование, при наличии — СКТ лицевого скелета. При подтверждении переломов пациенты немедленно направляются в специализированное лечебное учреждение.

Нужно помнить, что первичная консолидация костей лицевого скелета наступает в течение 14 дней, поэтому оперативное вмешательство должно быть проведено как можно раньше от срока получения травмы.

Эта статья основана на опыте работы отделения челюстно-лицевой хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Красноярск. Принципы обследования и лечения пациентов с переломами костей лицевого скелета во многом совпадают с опытом лечения за рубежом [7, 8, 9, 10, 11, 12].

Литература

- Бахтеева Г. Р. Статистическое исследование травм челюстно-лицевой области / Г. Р. Бахтеева, А. С. Кузьмин.
- Дубровин М. С. Медико-социальная характеристика больных с повреждениями челюстно-лицевой области / М. С. Дубровин, И. С. Копецкий, В. С. Полунин.
- Клинико-статистический анализ травматических повреждений челюстно-лицевой области и их осложнений по материалам работы отделения челюстно-лицевой хирургии за 2008-2012 годы / А. В. Лепилин, Г. Р. Бахтеева, В. Г. Ноздрачев и др.
- Левина К. С. Особенности травм челюстно-лицевой области, сочетающихся с закрытыми черепно-мозговыми травмами / К. С. Левина.
- Фокас Н. Н. Характеристика повреждений челюстно-лицевой области у взрослого населения и анализ деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии по материалам КГБУЗ «ККБ» (Красноярск) / Н. Н. Фокас, А. А. Левенец, Н. А. Горбач.
- Христофорандо Д. Ю. Черепно-лицевая травма, структура, диагностика, лечение / Д. Ю. Христофорандо, С. М. Карпов, Е. М. Шарипов.
- Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 1: advanced trauma life support / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanayksee, C. J. Beirne et al.
- Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 2: mandibular fractures / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanayksee, C. J. Beirne et al.
- Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 3: orbitozygomatic complex and zygomatic arch fractures / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanayksee, C. J. Beirne et al.
- Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 4: orbital floor and midface fractures / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanayksee, C. J. Beirne et al.
- Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 5: dentoalveolar injuries / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanayksee, C. J. Beirne et al.
- Dongas, P. Mandibular fracture patterns in Tasmania, Australia / P. Dongas, G. M. Hall.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С НЕДОСТАТОЧНЫМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Г. Ю. Чепкасова, Л. А. Бабенко, В. В. Бережных, И. В. Шалькова
ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России, Железнодорожск

Ключевые слова: сахарный диабет, инсулин, гликемический контроль, гликозилированный гемоглобин, диабетические осложнения

Цель

Изучение эффективности назначения инсулинотерапии у больных сахарным диабетом (СД) типа 2 с плохим гликемическим контролем и осложнениями.

Материалы и методы

Нами проведен анализ амбулаторных карт пациентов с СД типа 2 (мужчин и женщин старше 18 лет), с нормальной и избыточной массой тела, вне зависимости от стажа заболевания, с отсутствием достижения индивидуальных целей гликемического контроля на комбинированной терапии максимально переносимыми дозами других сахароснижающих препаратов; лиц с впервые выявленным заболеванием при уровне гликозилированного гемоглобина более 9%, данных регистра СД.

Инсулинотерапия, наряду с применением таблетированных сахароснижающих средств, является полноценным методом лечения пациентов СД типа 2. Она призвана восстановить, усилить или заместить функцию бета – клеток поджелудочной железы. Терапия базальным инсулином показана при сохраненной функции части бета-клеток. Базисно-болюсная инсулинотерапия необходима при истощении их функции.

Актуальность

Сахарный диабет типа 2 – это хроническое заболевание с прогрессирующим течением, требующее постоянной сахароснижающей терапии. Лечение СД является не менее сложной задачей, чем терапия других эндокринных заболеваний или нарушений обмена веществ.

Выбор тактики лечения зависит от типа СД, клинического течения, стадии развития болезни и др.

Основополагающими компонентами управления СД типа 2 являются диета и физические нагрузки. Ранняя инсулинотерапия соответствует современным принципам лечения СД и ведет к улучшению качества жизни больных. Показанием к постоянной инсулинотерапии является неадекватный контроль гликемии и необходимость в гибкой терапии.

Результаты и обсуждения

Ежегодно из-за плохого гликемического контроля и осложнений до 60 пациентов СД типа 2 нуждаются в переводе на инсулин. За три года (2012–2014) был переведен на различные комбинации инсулинотерапии 181 пациент СД, состоящий на диспансерном наблюдении у эндокринолога ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России (ЗАО Железнодорожск Красноярского края).

Больные распределились следующим образом: мужчины – 58 чел. (32%), женщины – 123 чел. (68%). Средний возраст больных составил 61 год (от 26 до 85 лет). Средний индекс массы тела (ИМТ) 29 (17–43), средний уровень гликозилированного гемоглобина – 9,8% (7,2–12,3%).

Наблюдаемые нами пациенты имели различные осложнения 117 чел. (65%).

Стаж заболевания был следующим: впервые выявленный СД – 35 чел. (19,4%), 1–5 лет – 52 чел. (28,7%), 5–10 лет – 63 чел. (34,8%), более 10 лет – 31 чел. (17,1%).

Медикаментозное лечение до назначения инсулина:

– 20 пациентов с впервые выявленным заболеванием (11%) не получали таблетированные препараты, им был назначен инсулин в дебюте СД 2 типа (низкий ИМТ, высокий уровень гликозилированного гемоглобина);

– 48 (26,5%) больных получали сульфаниламидные препараты, 47 (26%) больных – бигуаниды, 66 (36,5%) больных – комбинированные препараты.

После назначения инсулина пациентам получали различные комбинации инсулина:

– 64 чел. (35,4%) – сочетание базального инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами;

– 55 чел. (30,4%) – комбинированные инсулины;

– 47 чел. (26%) – сочетание комбинированного инсулина и бигуанидов;

– 13 чел. (7,1%) – базис-болюсную инсулинотерапию;

– 2 чел. (1,1%) – отказались от дальнейшего лечения инсулином.

Среднесуточные дозы инсулинов составили: базальный инсулин – 23,6 ед./сут., комбинированный инсулин – 32,3 ед./сут., инсулин суточного действия – 16,6 ед./сут.

На фоне лечения целевого уровня гликозилированного гемоглобина (менее 6,5% и менее 7,5%) в зависимости от возраста достигли 97 (54%) человек.

После перевода на инсулин у двух пациентов регрессировали сосудистые осложнения (начальные стадии ретинопатии и нефропатии).

У 5 (2,8%) больных в период лечения инсулином отмечено утяжеление осложнений СД (ампутация конечностей, развитие хронической почечной недостаточности – ХПН).

У 174 (96,1%) больных прогрессирования осложнений не отмечалось.

На фоне подключения инсулинотерапии прибавка веса у пациентов составила в среднем до 2 кг.

Выводы

Своевременное назначение инсулина является эффективным методом лечения СД типа 2.

Снижение уровня гликозилированного гемоглобина у 54 % пациентов достигло целевого уровня.

У 96,1 % пациентов не отмечалось прогрессирования сосудистых осложнений.

На фоне введения инсулина не выявлено увеличение индекса массы тела.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Г. Ю. Чепкасова, Л. А. Бабенко, В. В. Бережных, И. В. Шалькова
ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России, Железнодорожск

Ключевые слова: диффузный токсический зоб (ДТЗ), радиоактивный йод, тиреотоксикоз, гипотиреоз, заместительная гормонотерапия, левотироксин.

Актуальность

Радиойодтерапия во многих странах является основным методом лечения диффузного токсического зоба. К сожалению, лекарственная терапия диффузного токсического зоба имеет достаточно низкую эффективность и приводит к устойчивому исчезновению тиреотоксикоза только у 40–45% пациентов. Оставшимся 60% больных необходимо проводить радикальное лечение, которое может быть либо хирургическим, либо радиотерапевтическим.

Хирургическое лечение является методом выбора для пациентов с диффузным токсическим зобом, имеющих значительный объем (более 50–60 мл) щитовидной железы; женщин, планирующих беременность в ближайшее (до полутора лет) время после лечения; больных, принимающих лекарственные препараты с высоким содержанием йода (кордарон, амиодарон); для пациентов, имеющих одновременно с ДТЗ опухоль щитовидной железы или аллергию на йод.

В остальных случаях лечение радиоактивным йодом является предпочтительным методом, поскольку оно не сопровождается осложнениями, вероятность которых нельзя исключить при выполнении хирургической операции (потеря голоса, снижение уровня кальция крови).

Важными преимуществами лечения радиоактивным йодом считается также его безболезненность и отсутствие косметического дефекта (рубца на шее) после лечения. Терапевтический эффект I^{131} обеспечивается в основном В-частицами, которые составляют приблизительно 90% всей его радиоактивности. В-частицы, имея небольшой радиус действия (2–2,2 мм), вызывают местный повреждающий эффект, ограниченный пределами щитовидной железы, без повреждения окружающих тканей.

Цель исследования

Анализ применения радиоактивного йода как метода лечения пациентов с диффузным токсическим зобом.

Материалы и методы

Нами наблюдались пациенты с узловым и диффузным токсическим зобом (ДТЗ), состоящие на диспансерном учете в ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России за 10 лет наблюдения, с 2004 по 2014 год.

Количество пациентов около 160, что составляет 3,2–7,1% диспансерной группы эндокринологического кабинета. Ежегодно на диспансерный учет у эндокринолога с впервые выявленным заболеванием берутся 30–40 пациентов.

За 10 лет, с 2004 по 2014 год, радикальное лечение ДТЗ получили 73 пациента (29,2%), из них 37 человек – оперативное вмешательство, 36 человек – лечение радиофармпрепаратом I^{131} .

Основные показания для радиойодтерапии

Тяжелые и осложненные формы ДТЗ и наличие сопутствующих заболеваний, препятствующих хирургическому лечению.

Рецидивы ДТЗ после хирургического лечения.

Отказ больного с ДТЗ от операции при неэффективности комплексной медикаментозной терапии.

Результаты и обсуждение

В КБ № 51 опыт применения йода I^{131} для пациентов с ДТЗ ведется с 2009 года.

Показаниями для назначения были:

- агранулоцитоз – 1 человек;
- рецидив после операции – 2 человека;
- рецидивирующее течение ДТЗ – 31 человек;
- тяжелая сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы – 2 человека.

Цели лечения:

- излечение от тиреотоксикоза;
- исход в гипотиреоз.

Всего пролечено 36 пациентов: мужчин 6 (16,7%), женщин 30 (83,3%).

Стаж заболевания варьировал от 2 месяцев до 12 лет (средний стаж – 3,7 года).

Средний возраст пациентов: женщины – 51,5 года (от 21 до 76 лет); мужчины – 45,8 года (от 29 до 55 лет).

Средний объем щитовидной железы до лечения составил 27,79 мл (от 9,3 до 80,4 мл), в том числе:

- у женщин – 26,23 мл (от 9,3 до 80,4 мл);
- у мужчин – 34,82 мл (от 23,8 до 42 мл).

После лечения средний объем щитовидной железы составил у мужчин 8,35 мл (уменьшение в 4,2 раза), у женщин 5,85 мл (уменьшение в 4,5 раза).

Средняя доза полученного йода 498,8 МБк (от 300 до 670 МБк).

Наблюдаемые нами пациенты пролечены в Обнинске (4 чел.), Омске (27 чел.), Красноярске (5 чел.), где впервые центр открыт в 2014 году.

Исходы лечения I^{131} у пациентов с ДТЗ:

- у 6 пациентов (16,7%) достигнут эутиреоз;



- у 25 (67,7%) развился гипотиреоз (они получают заместительную гормонотерапию левотироксином в средней дозе 91,7 мкг/сут. (от 25 до 175 мкг);
- потребовалось оперативное лечение одной пациентке (2,8%) в связи с ростом узлового образования;
- у одного больного (2,8%) сохранялись явления тиреотоксикоза (ему продолжена тиреостатическая терапия);
- у 4 больных (11,1%) неопределенный прогноз (лечение проведено в конце 2014 года).

Выводы

Таким образом, терапия радиоактивным йодом относится к высокоэффективному и высокоселективному (влияние только на клетки щитовидной железы) методам лечения заболеваний щитовидной железы.

Наш опыт применения J 131 доказывает высокую эффективность и безопасность для лечения больных с ДТЗ (цель терапии достигнута более чем в 87% случаев). Применение этого радиофармпрепарата будет продолжено как альтернатива хирургическому лечению.

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ХПН НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

*Е. С. Ивлиева, С. А. Догдин, С. В. Ивлиев
КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*

На заместительной почечной терапии в мире находятся более полутора миллионов пациентов, и большая их часть (68,7%) – на хроническом программном гемодиализе [1]. Прогресс в области диализа позволил значительно продлить и улучшить качество жизни таких пациентов [2, 3]. В связи с этим становится актуальным выявление и своевременная коррекция сопутствующих патологических состояний, в том числе заболеваний щитовидной железы [4].

Частота выявления структурных изменений и нарушения функции щитовидной железы (ЩЖ) у пациентов на диализе, по данным различных исследований, варьирует [5, 6, 7, 8]. Так, распространенность диффузного зоба в этой группе больных может достигать 56%, а узлового зоба – до 55% [7]. Имеющиеся данные показывают значимую распространенность гипотиреоза у пациентов на гемодиализе [9, 10, 11]. Обсуждаются вопросы роли йодного дефицита в развитии патологии щитовидной железы у больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) [6].

Подчеркивается необходимость исследования состояния щитовидной железы у больных, находящихся на гемодиализе, с целью ранней диагностики тиреоидной патологии [12]. Однако диагностика первичной патологии щитовидной железы у больных с ХПН в клинике обычно отходит на второй план или затруднена из-за того, что большинство клинических симптомов относят на счет проявления тяжелой почечной недостаточности [4].

ХПН – основная причина формирования синдрома эутиреоидной патологии [13, 14, 15]. СЭП – это изменение тиреоидного гомеостаза при соматических заболеваниях в отсутствие собственно патологии щитовидной железы, характеризующееся снижением уровня тиреоидных гормонов в крови и тканях [16, 17, 18]. Имеются основания полагать, что выявление СЭП может быть использовано с прогностической целью у больных ХПН на заместительной почечной терапии [19].

Цель работы

Изучение состояния щитовидной железы и тиреоидного статуса у больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе, проживающих в Восточной Сибири.

Материалы и методы

В исследование включены пациенты, находящиеся на амбулаторном программном гемодиализе в центрах экстракорпоральной

гемокоррекции трех городов Восточной Сибири (Красноярск, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Якутск, ГУ «Республиканская больница № 1 – национальный центр медицины», Чита, ГУЗ «Областная клиническая больница», отделение гемодиализа).

В исследование не вошли пациенты с диагностированной до начала проведения гемодиализа патологией щитовидной железы, а также с сахарным диабетом, сердечной недостаточностью IV класса (NYAH), некорректируемой артериальной гипертензией (уровень АД на фоне проводимой терапии выше 180/100 мм рт. ст.), перенесшие трансплантацию почки, имевшие указания на малигнизацию, подвергавшиеся в последние шесть месяцев полостному или реваскуляризационному (в том числе стентирование) оперативному вмешательству, имевшие на момент осмотра клинически значимое повышение уровня трансаминаз и/или билирубина, получавшие в последние шесть месяцев лекарственные препараты, способные повлиять на функциональную активность щитовидной железы и метаболизм гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси.

В исследование включено 234 пациента с ХПН, в том числе 105 мужчин и 129 женщин, в возрасте 45 [30; 59] лет. Все пациенты находились на бикарбонатном диализе (диализные аппараты Fresenius-4008B, 4008S) в режиме по 4 часа 3 раза в неделю не менее месяца и имели удовлетворительный комплаенс к лечению. Продолжительность лечения гемодиализом от 1 до 167 (46 [18; 81]) месяцев.

Региональных отличий в соотношении по полу, возрасту и длительности пребывания на гемодиализе у обследованных больных с ХПН в городах Восточной Сибири не было.

Таблица 1

Характеристика пациентов с ХПН, находящихся на программном гемодиализе в городах Восточной Сибири

Показатель	Регион		
	Чита (n=75)	Якутск (n=54)	Красноярск (n=105)
	1	2	3
Мужчин/женщин	39/36	28/26	48/57
Возраст, лет	47 [42;54]	50 [41;52]	51 [43;57]
Длительность пребывания на гемодиализе, мес.	56 [24;80]	48 [32;74]	46 [20;77]

Причинами развития ХПН у обследованных пациентов явились хронический гломерулонефрит (75%), хронический пиелонефрит (12%) и поликистоз почек (13%).

Пациентам проводился анкетный опрос для выявления характерных жалоб и наследственной отягощенности по тиреоидной патологии, антропометрия, общеклиническое обследование с пальпацией щитовидной железы, сонография щитовидной железы. Исследовалось содержание в крови тиротропина (ТТГ), свободных тироксина (свТ4) и трийодтиронина (свТ3), а также антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО). Обследование проводилось одномоментно, в зимний период.

Забор крови проводился в утренние часы натощак, до проведения гемодиализа. Для исследования гормонов использовалась сыворотка.

Сыворотка замораживалась и хранилась при температуре ниже -200°C. Транспортировка осуществлялась в термоконтейнерах. Анализы проводились одномоментно в гормональной лаборатории Красноярск.

Учитывая рекомендации [21, 22] для исследования уровня тиреоидных гормонов, использовался твердофазный одностадийный конкурентный иммуноферментный анализ (ИФА). Свободный тироксин (свТ4) определялся с помощью теста-набора Accu-Bind ELISA Microwells-T3 (производитель: Monobind Forest, USA, норма: 10-23,2 пмоль/л), свободный трийодтиронин (свТ3) – тест-набором Тироид-ИФА-свТ4 (ЗАО «АлкорБио», Россия, норма: 2,15-6,5 пмоль/л), тиреотропный гормон (ТТГ) – с помощью теста-набора Тироид-ИФА-ТТГ-1 (ЗАО «АлкорБио», Россия, норма: 0,23-3,4 мкМЕ/мл). Содержание антител к тиропероксидазе (АТ-ТПО) определялось с помощью теста-набора ORG-503 Anti-TPO (Orgentec Diagnostica GmbH, Германия, норма: 0-50 Ед/мл).

Результаты и их обсуждение

При оценке объективного статуса ни у одного из пациентов не обнаружено явных клинических проявлений гипо- или гиперфункции ЩЖ.

Медианы исследуемых гормональных показателей у группы обследованных диализных пациентов были в пределах нормальных популяционных значений и составили для свТ3 – 2,9 [2,2-3,5] пмоль/л, для свТ4 – 11,4 [9,9-12,9] пмоль/л, ТТГ – 1,2 [0,8-1,9] мкМЕ/мл, для АТ-ТПО – 8 [6,1-10,1] Ед/мл. Гендерных, возрастных и региональных различий в концентрации показателей тиреоидной панели не было.

Обследованным проведено ультразвуковое исследование ЩЖ. Медиана тиреоидного объема у женщин составила 13,9 [10,4; 20,4] мл, а у мужчин – 17,3 [12,9; 23,5] мл, что укладывалось в границы принятой половозрастной нормы.

По данным гормонального обследования, у 5 пациентов (2,1%) (2 мужчин и 3 женщин из разных регионов) регистрировался повышенный уровень ТТГ.

Таблица 2

Клиническая характеристика больных ХПН с повышенным уровнем ТТГ

Показатель	Значение
Число пациентов	5
Пол, мужчины/женщины	2/3
Возраст*, годы	50 (23-54)
Длительность пребывания на гемодиализе*, мес.	15 (6-68)
Число лиц с увеличенной ЩЖ	3
ТТГ*, мкМЕ/мл	7,4 (5,8-9,6)
Св. Т3*, пмоль/л	2,6 (2-3,1)
Св. Т4*, пмоль/л	10,4 (10,1-11,3)
АТ-ТПО*, Ед/мл	134 (62-638)

Примечание: * данные представлены в виде Ме (мин.-макс.).

Содержание ТТГ оказалось повышенным (от 5,8 до 9,6 мкМЕ/мл), при этом уровень тиреоидных гормонов был в норме (свТ3: от 2 до 3,1 пмоль/л, свТ4: 10,1-11,3 пмоль/л). У этих пациентов также определено носительство АТ-ТПО (62-638 Ед/мл).

При повторном обследовании через 30 дней содержание ТТГ оставалось повышенным. Среди этих больных у троих выявлено увеличение ЩЖ (на 45-61% выше нормативных показателей). Состояние расценено как субклинический гипотиреоз на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита.

Среди обследованных больных ХПН не было выявлено лиц с явным гипотиреозом. По представленным в литературе данным, у больных ХПН на гемодиализе распространенность гипотиреоза, характеризующегося повышением уровня ТТГ 20 мкМЕ/мл и более в сочетании со снижением уровня свТ4, варьирует от 0 до 9,5% [7, 14]. Не отмечено ассоциации гипотиреоза с зобом или титром микросомальных антител [14].

При обследовании больных ХПН китайской популяции, находящихся на гемодиализе, явный гипотиреоз был диагностирован у 5,4%, у 9,5% содержание ТТГ в крови превышало верхнюю границу нормы, но не достигало уровня 20 мкМЕ/мл. При этом содержание Т3 и Т4 было в норме [7].

У остальных 229 пациентов с ХПН, находящихся на заместительной почечной терапии (97,9%), среди которых 103 мужчин и 126 женщин, содержание ТТГ было в норме. В этой группе при сонографическом обследовании у 46 человек определено диффузное увеличение ЩЖ (таблица 3).

Таблица 3

Клиническая характеристика больных ХПН с нормальным уровнем ТТГ в зависимости от объема ЩЖ

Показатель	Объем ЩЖ	
	Нормальный	Увеличен
Число пациентов	183	46
Пол, мужчины/женщины	91/92	12/36
Возраст**, годы	50 [38; 55]	51 [46; 55]
Длительность пребывания на гемодиализе**, мес.	45 [21; 81]	40 [19; 70]
Объем ЩЖ**, мл, муж.	15,8 [12,6; 21,1]	32,3 [28,3; 32,6]
Жен.	12,7 [9,8; 14,7]	25,4 [23,8; 27,9]
ТТГ**, мкМЕ/мл	1,3 [0,8; 1,9]	1,1 [0,7; 1,5]
Св. Т3**, пмоль/л	2,9 [2,2; 3,5]	3,1 [2,3; 3,7]
Св. Т4**, пмоль/л	11,4 [9,8; 13]	11,5 [10,1; 14]
АТ-ТПО**, Ед/мл	8 [6; 10]	8 [5; 28]
Число пациентов с АТ-ТПО > 50 Ед/мл (%)	1,09 (2)	17,39 (8)

Примечание: ** данные представлены в виде Ме [25; 75].

Тиреомегалия была выявлена у 36 женщин (28,6% от числа обследованных женщин), объем ЩЖ был от 19,5 до 33,5 мл, медиана – 25,4 [23,8; 27,9] мл. Среди мужчин тиреомегалия была выявлена только у 12 человек (11,7%), что оказалось значительно ниже, чем у женщин ($\chi^2=6,83$ $p=0,009$). Объем ЩЖ был от 26,7 до 36,4 мл, медиана составила 32,3 [28,3; 32,6] мл. В 8 случаях (17,4%) тиреомегалия сочеталась с диффузными и в 14 с локальными (30,4%) структурными изменениями ткани ЩЖ.

Носительство АТ-ТПО обнаружено у 13 пациентов (5,6% всех обследованных), в том числе у 10 женщин и 3 мужчин с нормальным уровнем ТТГ в крови и структурными изменениями в ткани ЩЖ при нормальном или увеличенном ее объеме (таблица 4).

Таблица 4
Клиническая характеристика больных ХПН с нормальным уровнем ТТГ в зависимости от носительства АТ-ТПО

Показатель	Носительство АТ-ТПО	
	Нет	Да
Число пациентов	216	13
Пол, мужчины/женщины	100/116	3/10
Возраст**, годы	50 [39; 55]	52 [46; 56]
Длительность пребывания на гемодиализе**, мес.	45 [18; 79]	34 [15; 43]
Объем ЩЖ**, мл	15,1 [12,1; 21,2]	23,7 [16,6; 31]
Число пациентов с зобом	37 (17,1%)	9 (69,2%)
ТТГ**, мкМЕ/мл	1,2 [0,8; 1,9]	1,3 [0,8; 1,6]
Св. Т3**, пмоль/л	2,9 [2,2; 3,5]	3,1 [1,7; 3,3]
Св. Т4**, пмоль/л	11,4 [9,9; 13,1]	11,6 [9,9; 12,8]
АТ-ТПО**, Ед/мл	8 [6; 10]	201 [60; 334]

Примечание: ** данные представлены в виде Ме [25; 75].

Это свидетельствовало об аутоиммунном тиреоидите (АИТ). Показатель распространенности носительства АТ-ТПО в обследованной нами группе больных ХПН соответствует имеющимся в литературе данным, согласно которым распространенность носительства АТ-ТПО у больных в терминальной стадии ХПН может варьировать от 0 до 13% [8].

Среди 13 пациентов с АИТ у 10 человек (76,9%) причиной развития ХПН являлся хронический гломерулонефрит. В литературе обсуждается взаимосвязь между гломерулонефритом и АИТ [28].

В 23 случаях (9,8%) при сонографическом обследовании выявлены очаговые изменения в ЩЖ диаметром 1 см и более. Такие образования были обнаружены у 18 женщин (13,95% обследованных женщин) и 5 мужчин (4,76% обследованных мужчин). Признаки узлового образования обнаружены у 13 пациентов (5,5% обследованных), признаки кистозной дегенерации – у 10 пациентов (4,27% обследованных). В 9 из 23 случаев выявлено более одного образования в щитовидной железе. В 7 случаях узловые образования обнаружены в обеих долях ЩЖ. У 14 обследованных пациентов образования в ЩЖ обнаружены на фоне диффузного ее увеличения и нормальной экзогенности тиреоидной ткани.

Распространенность зоба у пациентов в терминальной стадии ХПН имеет географическую зависимость [8]. По результатам ультрасонографии щитовидной железы зоб не был обнаружен у обследованных в Великобритании и Австрии. В то же время его распространенность среди обследованных в Японии составила 30%, а в Дании – 60%.

Увеличение объема щитовидной железы у больных с ХПН связывают с повышением в крови и тиреоидной ткани неорганического йода из-за снижения экскреции его с мочой. Высокая концентрация интратиреоидного йода тормозит синтез гормонов и ведет к развитию зоба [14].

Показано, что ограничение содержания йода в пище способствует уменьшению объема щитовидной железы у больных с ХПН через 2-15 недель, а при повышенном содержании ТТГ в крови (и нормальном содержании Т3 и Т4) – нормализации его уровня [29].

Наше исследование было выполнено в трех регионах Восточной Сибири, где отмечена легкая и среднетяжелая недостаточность йода в окружающей среде. При ультрасонографии зоб был выявлен у 20,9% обследованных пациентов с ХПН. По данным аутопсий в регионе легкого йоддефицита, превышение нормального объема ЩЖ у взрослого населения в среднем составляет 16% [27].

Результаты обследования в регионе йодного дефицита в Турции показали, что среди больных ХПН на заместительной почечной терапии распространенность зоба составила 32,2%, в то же время у здоровых лиц она оказалась достоверно ниже – 23,5%. Распространенность узлового зоба среди больных также было достоверно выше, чем у здоровых обследованных (36,8 и 17,1% соответственно) [6].

Частота диффузного зоба у больных ХПН не ассоциируется с возрастом, расой, содержанием в крови ТТГ и АТ-ТПО [14].

Увеличение щитовидной железы чаще регистрируется у больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе более года, чем у больных ХПН в диализной станции или на диализе продолжительностью до года [14]. В группе обследованных нами пациентов с ХПН на гемодиализе до года зоб был диагностирован у 6 человек (16,2%), находящихся на гемодиализе более года – у 40 человек (20,8%, $p=0,0521$).

Таким образом, у 174 больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе, не было выявлено собственной патологии ЩЖ. При анализе тиреоидного статуса у 28 пациентов (16,1%) отмечен сниженный уровень свТ3, а у 33 (19,0%) пониженный уровень свТ4, у 11 (6,3%) обследованных отмечено сочетанное снижение обоих тиреоидных гормонов.

Согласно современным представлениям, низкий уровень свТ3 в крови при отсутствии патологии щитовидной железы у пациентов с тяжелой соматической патологией является признаком СЭП, при этом изолированное снижение свТ3 свидетельствует о СЭП типа 1, а сочетанное снижение свТ3 и свТ4 – о СЭП типа 2 [23].

Таким образом, среди обследованных нами пациентов с ХПН, находящихся на программном гемодиализе, СЭП типа 1 был выявлен у 28 человек, а СЭП типа 2 – у 11 человек. Из 234 обследованных пациентов с ХПН, находящихся на программном гемодиализе, у 25,6% впервые диагностированы заболевания ЩЖ, у 43,6% не было выявлено тиреоидной патологии, а у 16,7% определены СЭП 1 и 2 типов.

Литература

- Бикбов Б. Т. Выживаемость и факторы риска неблагоприятных исходов у больных на программном гемодиализе // Нефрология и диализ. 2004. Т. 6. № 4. С. 280-296.
- Руководство по диализу. Редакторы: Джон Т. Даугирдас, Питер Дж. Блейк, Тодд С. Инг // Пер. с англ. под ред. А. Ю. Денисова и В. Ю. Шило. Третье издание – М., 2003. – 744 с.
- Европейские рекомендации по оптимальной практике гемодиализа (часть первая). Nephrology Dialyses Transplantation, Vol. 17 (2002), Suppl. 7 Перевод Нефрология и диализ (приложение), 2005.
- Avasthi G., Malhotra S., Narang A.P.S., Sengupta S. Study of thyroid function in patients of chronic renal failure // Indian Journal of Nephrology. 2001. V. 11. P. 165-169.
- Lebkowska U., Malyszko J., Mysliwiec M. Thyroid function and morphology in kidney transplant recipients, hemodialyzed, and peritoneal dialyzed patients // Transplant Proc. 2003. V. 8. P. 2945-2948.
- Kutlay S., Atli T., Koseogullari O., Thyroid disorders in hemodialysis patients in an iodine-deficient community // Artif.Organs.2005.V. 4. P. 329-332.
- Lin C.C., Chen T.W., Ng Y.Y. et al. Thyroid dysfunction and nodular goiter in hemodialysis and peritoneal dialysis patients // Perit. Dial. Int. 1998. V. 18. P. 516.
- Kaptein E.M., Quion-Verde H., Chooljian C.J. et al. The thyroid in end-stage renal disease // Medicine (Baltimore). 1988. V. 67. P. 187-197.
- Bando Y., Ushioji Y., Okafuji K. et al. Non-autoimmune primary hypothyroidism in diabetic and non-diabetic chronic renal dysfunction. // Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2002. V. 110. P. 408-415.

10. Sanai T., Inoue T., Okamura K. et al. Reversible primary hypothyroidism in Japanese patients undergoing maintenance hemodialysis // Clin. Nephrol. 2008. V. 69. P. 107-113.
11. Chonchol M., Lippi G., Salvagno G. et al. Prevalence of subclinical hypothyroidism in patients with chronic kidney disease. // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2008. V. 3. P. 1296-1300.
12. Iglesias P., Díez J.J. Thyroid dysfunction and kidney disease // Eur. J. Endocrinol. 2009. V. 160. P. 503-515.
13. Lim V.S. Thyroid function in patients with chronic renal failure // Am. J. Kidney Dis. 2001. V. 4. Suppl. 1. S80-84.
14. Kaptein E.M. Thyroid hormone metabolism and thyroid diseases in chronic renal failure // Endocr. Rev. 1996. V. 1. P. 45-63.
15. Niemczyk S., Woźniacki L. Thyroid hormones disturbances in critical ill patients-low T3 syndrome // Pol. Arch. Med. Wewn. 2005. V. 6. P. 1260-1266.
16. Жан Р. Стокинг. Синдром эутиреоидной патологии: современное состояние проблемы в кн.: Болезни щитовидной железы: Пер. с англ. // Под ред. Л. И. Браверманна М., 2000 – с. 78-91.
17. Lechan R. M. The dilemma of the nonthyroidal illness syndrome // Acta Biomed. 2008. V. 3. P. 165-171.
18. Chopra I.J., Hershman J.M., Pardridge W.M., Nicoloff J.T. Thyroid function in nonthyroidal illnesses // Ann. Intern. Med. 1983. V. 98. P. 946-957.
19. Zoccali C., Mallamaci F., Tripepi G. et al. Low triiodothyronine and survival in end-stage renal disease // Kidney International. 2006. V. 70. P. 523-528.
20. Йод и здоровье населения Сибири // М. Ф. Савченков, В. Г. Селяницкая, С. И. Колесников и др. – Новосибирск: Наука, 2002.
21. Sapin R., Schlienger J.L., Kaltenbach G., et al. Determination of free triiodothyronine by six different methods in patients with non-thyroidal illness and in patients treated with amiodarone // J. Ann. Clin. Biochem. 1995. V. 32. Pt 3. P. 314-324.
22. Nelson J.C., Weiss R.M., Wilcox R.B. Underestimates of serum free thyroxine (T4) concentrations by free T4 immunoassays // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1994. V. 1. P. 76-79.
23. Панченкова Л. А., Трошина Е. А., Юркова Т. Е. Синдром эутиреоидной патологии в клинике внутренних болезней. // Российские медицинские вести. 2003. № 1. С. 11-15
24. Hegedüs L., Andersen J.R., Poulsen L.R., et al. Thyroid gland volume and serum concentrations of thyroid hormones in chronic renal failure // Nephron. 1985. V. 40. P. 171-174.
25. Chonchol M., Lippi G., Salvagno G. et al. Prevalence of Subclinical Hypothyroidism in Patients with Chronic Kidney Disease // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2008. V. 3. P. 1296-1300.
26. Kang E.W., Nam J.Y., Yoo T.H. et al. Clinical implications of subclinical hypothyroidism in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients // Am. J. Nephrol. 2008. V. 28. P. 908-913.
27. Зайратьянц О. В. Эпидемиология и этиологическая структура узлового зоба по данным аутопсий. http://thyronet.rusmedserv.com/th_spec/thyr-5-6-02-8.html
28. Valentin M., Bueno B., Guttierrez E. et al. Membranoproliferative glomerulonephritis associated with autoimmune thyroiditis // Nefrologia. 2004. V. 24. Suppl. 3. P. 3-48.
29. Sato K., Okamura K., Yoshinari M. et al. Reversible primary hypothyroidism and elevated serum iodine level in patients with renal dysfunction // Acta Endocrinol. (Copenh). 1992. V. 126. P. 253-259.

НЕОНАТОЛОГИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА НСРАР В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА

*Е. В. Шишкина, Н. Ю. Дубачева, Н. Л. Горбачева,
Е. В. Булгаков, Е. И. Чернышова
МБУЗ «Родильный дом № 1»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Резюме

Описано наблюдение группы новорожденных с различными сроками гестации, потребовавших реанимационных мероприятий с применением методики НСРАР. Представлен опыт применения данной методики на протяжении нескольких лет.

Ключевые слова: новорожденные дети, реанимационные мероприятия, методика НСРАР.

Даже при идеальном течении родов у некоторых новорожденных возникают затруднения с самостоятельным дыханием. Неадекватное дыхание в первые минуты жизни пагубно влияет на нормальное развитие ребенка и может привести к гибели вполне здорового младенца. В такой ситуации знания и навыки медицинского персонала, принимающего роды, могут сыграть решающую роль.

В связи с увеличением количества детей с нарушениями адаптационного периода различной степени тяжести в 2009 году

была проведена реорганизация и оптимизация работы отделения новорожденных с выделением палаты интенсивной терапии (ПИТ) и укомплектованием ее врачами, прошедшими специализацию по неонатальной реанимации. Параллельно была проведена модернизация оборудования ПИТ, приобретены современные респираторы.

Предпочтение мы отдали респиратору высшего класса «Servo-Infant Maquet», «Infant Flow» фирмы Viasis особенно для недоношенных детей. Помимо традиционной АИВЛ нами широко используются другие методики респираторной поддержки.

Целью нашей работы мы ставили перед собой провести анализ и оценку исходов применения методики НСРАР у новорожденных детей с различными сроками гестации в палате интенсивной терапии отделения новорожденных муниципального родильного дома № 1 Красноярска за период 2009-2014 годов.

Интересно будет отметить, как шло совершенствование этих методик на примере нашего отделения. Вплоть до середины 2009 года для кислородотерапии широко применялась кислородная палатка. Впоследствии мы отказались от их использования из-за токсического действия кислорода на ребенка.

При помощи респираторов «Newport Breeze» или «Sichrist Millennium» в режиме СРАР и назальных канюль («усиков») мы начинали осваивать методику неинвазивной респираторной поддержки детям с ТТН и РДС легкой степени тяжести.

С июня 2009 года перешли на активное использование респиратора нового поколения для неинвазивной ИВЛ с вариабельным потоком Infant Flow фирмы Viasis. Аппарат позволяет проводить неинвазивную вентиляцию легких при помощи создания СДППД у спонтанно дышащих пациентов и поддерживать функцию самостоятельного дыхания. Наличие генератора обеспечивает постоянное давление в дыхательных путях, минимизируя работу дыхания. Полностью интегрированная система контроля состояния пациента.

Эта модель респиратора позволяет подобрать индивидуальный режим вентиляции для каждого ребенка, такие, как:

- НСРАР – постоянное положительное давление в дыхательных путях на основании заданной врачом величины давления;
- BiPPhasic – двухфазный режим поддержки дыхания, при котором дыхательные циклы с поддержкой давлением осуществляются в соответствии с заданными показателями времени вдоха, частоты и давления (без обратной связи с пациентом);
- tr BiPPhasic – двухфазный режим поддержки дыхания, при котором аппарат с помощью триггера синхронизирован с ритмом дыхания пациента и отвечает на апноэ дополнительной подачей порции воздушной смеси в дыхательные пути, тем самым заставляя пациента дышать.

Использование этого респиратора позволило внедрить в 2010 году в отделении методику INSURE (интубация – введение сурфактанта – экстубация).

В нашем медицинском учреждении за этот период родилось 15 682 ребенка, из них новорожденных, получивших респираторную поддержку в виде классической АИВЛ и НСРАР, было 579 (3,7%). Дети, прошедшие респираторную поддержку в виде НСРАР, составили группу в количестве 269 (46,5%) человек.

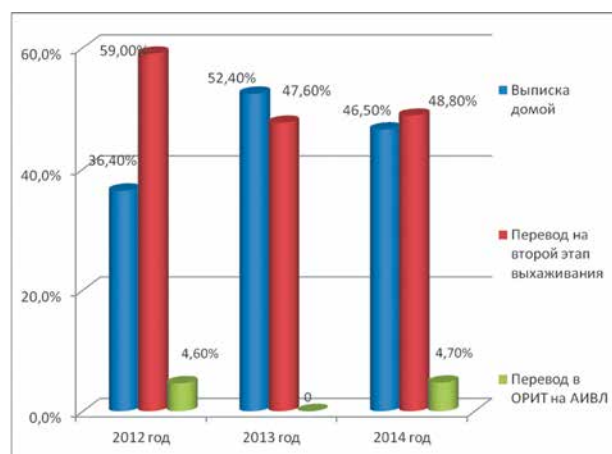


Диаграмма 1

Средняя длительность пребывания детей на НСРАР в часах

При переводе на НСРАР оценивались следующие критерии:

- факторы риска при рождении;
- клиническая картина;
- тяжесть дыхательных расстройств по шкале Сильвермана и Доунса;
- лабораторные исследования (маркеры воспаления).

В нашем родильном доме родоразрешаются женщины с доношенными беременностями в 97-98% случаев. Поэтому в 164 (61%) случаях дети, находящиеся на НСРАР, имели гестационный возраст 37 недель и более. Оставшаяся группа, 78 (29%) – дети 34-36 недель, и в 27 случаях (10%) – 34 недели и менее.

В зависимости от метода родоразрешения ребенка меняется количество детей, нуждающихся в НСРАР. Так, респираторные нарушения у детей при плановом кесаревом сечении возникают в наименьшем количестве и составили 68 человек (11,6%), при экстренном кесаревом сечении – 245 (42,4%), и наибольшую группу детей составили пациенты после естественных родов – 266 (46%).

В анализе частоты проявления нозологических форм респираторных нарушений у детей с НСРАР за 2012-2014 годы обращает на себя внимание, что наибольшую группу составили дети с ТТН – 107 (82,9%) пациентов, далее РДСН – 19 (14,7%) новорожденных. Отдельным детям (0,8%) выставлялись диагнозы врожденная пневмония, гипоксически ишемическое поражение головного мозга, родовая травма тяжелая.

Средняя длительность пребывания детей на НСРАР в часах представлена на диаграмме 1.

В 2012 году внедрено и максимально проводится гистологическое исследование последов у детей, потребовавших НСРАР. Из 129 детей, находившихся на этом виде респираторной поддержки, у 94 (72,7%) новорожденных, по данным гистологии, отмечались изменения в последе. ФПН – 35,5%, серозный децедут – 37,2%. Не выявлено изменений в 34 (26,9%) случаях и обследование не проводилось у одного (0,4%) ребенка.

Исход после НСРАР представлен на диаграмме 2.

Таким образом, приведенный анализ качественных показателей деятельности экстренной помощи новорожденных нашего родильного дома подтверждает целесообразность широкого использования этого вида неинвазивной ИВЛ у новорожденных с различным сроком гестации в учреждениях родовспоможения второго уровня.

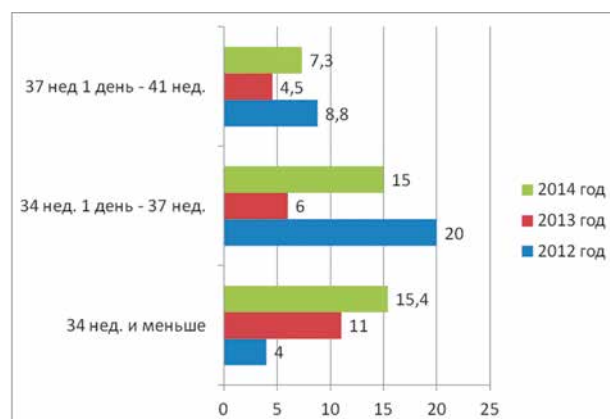


Диаграмма 2

Исход детей после НСРАР

Ex animo
От души

ЮБИЛЕЙ

ВЛАДИМИР АФОНЬКИН: «СПОРТ ОПРЕДЕЛЯЕТ ВСЮ ДАЛЬНЕЙШУЮ ЖИЗНЬ»

В 55-й день рождения заведующего отделением оториноларингологии говорим о медицине, баскетболе, женщинах и собаках



Молодой оториноларинголог Владимир Афонькин

– Владимир Юрьевич, помню вас в спортзале КГМИ в возрасте чуть за двадцать. Вы были очень серьезным молодым человеком. Вы уже тогда опровергали народное мнение, что спортсмены поголовно разгильдяи.

– Ну, конечно, это неправда, достаточно посмотреть на врачей краевой больницы. У нас много коллег со спортивным прошлым – и врачи, и заведующие отделениями, и даже доктора наук.

А я в институте действительно был основательным парнем: женился очень рано, чувствовал ответственность за семью и к медицине относился со всей серьезностью, учился хорошо.

– Вы и на баскетбольной площадке работали, не развлекались, это было заметно.

– Думаю, мое отношение к тренировкам подкупало тренеров, они рассчитывали вырастить из меня профессионального спортсмена: подавал надежды. Начинался баскетбол, как у всех, за компанию с одноклассниками пришел в секцию. Тогда, в СССР, брали всех желающих, но первый мой тренер, Валерий Николаевич Шимульский, сразу провел «селекцию» мальчишек. Все было просто: он выстроил нас и задавал каждому вопрос: «Твой папа высокий?». Тем, кто отвечал «да», велел встать направо, тем, кто сомневался, – налево. Я Валерию Николаевичу сказал: «Мой папа такой, как вы». Он меня, конечно, определил в правую, перспективную группу.

– И не ошибся.

– Да, я был скоростной, прыгучий, гибкий, быстро стал показывать результаты. Сейчас понимаю, что у меня были способности ко многим видам спорта, и я даже бросал баскетбол на время. Но вернулся.

Вначале тренировался недалеко от дома, в СКА «Спутник», потом ездил очень далеко – в СКА «Энергия», в центр города, даже в самые сильные морозы не пропускал тренировки. Причем, это была настоящая личная жизнь – родители особого интереса не проявляли, только дедушка иногда на игры приходил.

– Вы – командный игрок по жизни?

– В медицине – да, здесь один в поле не воин, а вот в спорте самого себя рассчитывать психологически легче, ведь любой из членов команды может подвести, не все выкладываются полностью. Наверное, поэтому мне не хотелось после окончания школы получать профессию тренера.

Мой второй наставник в баскетболе, Василий Васильевич Репета, заявлял ультимативно: должен поступать в Омский институт физкультуры, и все. Но я пошел на принцип, потому что хотел стать врачом.

Репета говорил, что я потеряю баскетбол, в институте на то время даже тренера не было, а потом год со мной не разговаривал. Смирился, только когда мы с ребятами его команду «раздели» на каком-то турнире.

А по поводу тренерской работы я задумался уже задним числом, когда впервые увидел игры NBA. Вот в таком, профессиональном баскетболе я бы с удовольствием работал.

– Это был шок. Такие красавцы...

– Самое яркое впечатление – физическая форма спортсменов. Советская школа воспитывала из баскетболистов кенгуру – акцент только на ноги. Плечевой пояс даже запрещалось нагружать, считалось, что бросок должен быть мягким. И когда мы увидели, как гармоничны атлеты из NBA, восхитились и позавидовали.

Я до сих пор чувствую эту мышечную асимметрию – в тренажерном зале с меня приходилось снимать штангу. Зато силовые на ноги даются так легко, словно не прекращал заниматься.

– Бросок действительно должен быть мягким, а у хирурга-оториноларинголога должны быть чуткие пальцы.

– В институте мне казалось, что у ЛОР-врачей не просто чуткие – женские пальцы. Мол, не мужская это работа. В оториноларинго-



Мужская баскетбольная команда КГМИ. Капитан Владимир Афонькин – третий справа

гию привел случай – ЛОРом работала моя первая теща. Благодаря ей я много читал – в доме была литература по специальности, а потом вдруг понял, что ведущие ЛОР-врачи в Красноярском крае – серьезные мужчины: Хромичек, Айзенберг, Псахис, Парилов, заведующий отделением в краевой больнице Огурень, Павлов. И судьба моя была predetermined.

– Начинали вы здесь, в краевой больнице?

– Уже в интернатуре стал делать операции, проработал в отделении пять лет, затем ушел на кафедру. В 2012 году вернулся в родную краевую больницу и заведу отделением.

– У вас сегодня работают совсем молодые врачи. Сложно с ними?

– И сложно, и легко. С одной стороны, необходимо поддерживать, страховать – я всегда готов прийти в операционную и помочь доктору. С другой – они меня берегут, все время учатся, молодежи все интересно. Молодые врачи любят практическую работу. Например, Вероника Жуклина, кандидат наук, пришла к нам с кафедры оперативной хирургии: ей стало скучно преподавать теорию, практика энергичному человеку подходит больше.

– Скажите, доктор Афонькин, какое будущее у оториноларингологии?

– Будущее нашей специальности напрямую связано с высокими технологиями, а значит, все упирается в оснащение. Мы выполняем весь спектр операций, которые позволяет нам аппаратура, но мы могли бы расширить ассортимент услуг. Например, сегодня оториноларингологи через нос удаляют опухоли гипофиза, проводят операции на основании черепа, кохлеарные имплантации. К сожалению, нам не позволяет оборудование наращивать объем высокотехнологичных операций.

– У вас три дочери. Кто-нибудь из них стал врачом?

– Нет, мои старшие дочери, Галина и Елена, экономисты, а маленькая, Даша, еще школьница.

У меня трое внуков – мальчик, девочка, и вот буквально на днях родился еще один мальчик.

– Ну, слава богу. Столько любимых женщин – это прекрасно, но мальчики тоже нужны.

– У меня еще один парень есть – шестилетний черный терьер Уран.



С лучшим другом Ураном

– О, какая серьезная собака.

– Грозная собака Берии, создана специально для охраны. Я бы не рекомендовал заводить черного терьера людям со слабой волей. У всех служебных собак в подростковом возрасте наступает момент, когда они пытаются «нагнуть» хозяина. Это событие ни в коем случае нельзя упустить – нужно реагировать.

Мой Уран, когда ему было чуть больше года, проявил агрессию к человеку, а когда я вмешался, по инерции готов был броситься на меня. Ему очень сильно досталось, и то – сломался пес не сразу.

С тех пор Уран слушается беспрекословно, но вот что удивительно – три дня после нашего конфликта пес со мной не разговаривал. Зовешь – отворачивается, уходит. Обиделся, как человек. Но потом я к нему подлизался.

– Знаете, что подумалось: хоть тренером вы и не стали, но многолетние занятия спортом даром не прошли. И дело не в физической форме.

– Спорт действительно формирует характер, определяет дальнейшую жизнь. Спортсмены с раннего детства понимают, что такое дисциплина, планирование, трудолюбие. А еще они умеют терпеть боль и знают: надо значит надо. Все ради победы, ради взятой высоты, удивительного ощущения – ты лучший.

– С днем рождения, Владимир Юрьевич.

Сил вам и здоровья.

Беседова Елена Семенова

Справка ПК

Владимир Юрьевич Афонькин родился 26 марта 1961 года в Красноярске.

Окончил среднюю школу № 94 и ДЮСШ по баскетболу.

Был членом сборной команды края, признан лучшим нападающим в своей возрастной группе.

В 1979 году поступил в КГМИ, после окончания вуза прошел интернатуру по оториноларингологии в краевой клинической больнице.

Работал врачом в отделении оториноларингологии, затем ассистентом на кафедре ЛОР-болезней КГМА, в железнодорожной больнице.

С 2012 года заведует отделением оториноларингологии КГБУЗ ККБ, кандидат медицинских наук.

МАРТ

СПАСИБО, ЖЕНЩИНА!

Мы задали сотрудникам краевой клинической больницы вопрос: есть на свете женщина, которой вы благодарны?

Оказалось, есть, и не одна – у каждого сильного, состоявшегося мужчины.

Александр Рымарчук, заместитель главного врача по кадрам:

– Я благодарен моей дочке Ангелине. Дочка – моя радость, моя кровь, мне с ней тепло, я за нее жизнь отдать готов. Но Ангелина достойна уважения еще и потому, что она сильный, целеустремленный, трудоспособный человек. Очень хочу, чтобы она была счастлива.

Большой поклон моему классному руководителю Марии Матвеевне Путинцевой – с 4 по 10-й класс Абанской школы № 1. Она настоящий педагог, мы в походы вместе ходили, очень дружили. Сегодня любимому учителю 73 года, пусть живет долго и не болеет.

Конечно, я очень благодарен маме, жене, а еще Софии Ротару – она мне с самого детства нравится.



Алексей Лубнин, руководитель Центра травматологии и ортопедии:

– Спасибо моей первой учительнице Надежде Игнатьевне из школы № 67. Она подарила нам уверенность в себе. Это очень важно: ребенок приходит из семьи в детский сад, но там еще все понарошку, что ли. А школа – первый настоящий коллектив. Надежда Игнатьевна была чутким психологом, справедливым, внимательным человеком и любила всех нас одинаково.

Я благодарен Валентине Спиридоновне Лапинской, нашей «маме» в травматологии. Она помогала нам, молодым врачам, и в профессии, и в жизни – давала полезные советы. У Валентины Спиридоновны был организаторский талант, в частности, именно она организовала в краевой больнице отделение микрохирургии.

Еще я благодарен всем своим женщинам. И тем, кто мне отказал, и тем, кто принял мой отказ – за то, что у меня есть любимая жена и четверо малышей.



Владимир Афонькин, заведующий отделением оториноларингологии:

– Маме, конечно, в первую очередь. Она работала на Красмаше мастером по контролю, добрая и справедливая. Мама гордилась моими успехами в спорте и вообще всегда меня поддерживает. Любит всех троих внушек и меня, конечно, как маленького.

Моим дочкам 35, 28 и 12 лет. Старшие уже подарили мне внуков – двоих мальчиков и девочку.

Большое спасибо судьбе за встречу с анестезиологом Анной Кокориной. Это человек энциклопедических знаний, самоотверженный врач – боролась за каждого больного. Знакомство с такими людьми, работа рядом с ними – отличная школа жизни.



Егор Корчагин, главный врач:

– Моя благодарность Галине Анатольевне Агахановой, бывшему заместителю главного врача по поликлинической части нашей больницы, в дальнейшем заместителю директора Фонда ОМС, моей коллеге и наставнице.

Галина Анатольевна очень поддерживала, когда я работал заместителем начальника управления здравоохранения. Иногда нас одновременно оставляли исполняющими обязанности наших руководителей, и тогда Агаханова шутила, что у нас с ней клуб заместителей.

Галина Анатольевна мудрая, опытная, сделала для системы здравоохранения много полезного, умела сглаживать углы. А меня она учила не торопиться, прежде чем принять решение, и принимать себя таким, как есть.

Не последнее место в моей жизни занимала руководитель пресс-службы минздрава Оксана Аниканова, у нее было удивительное свойство – не выпячивая себя, доносить свое мнение.

Конечно, я благодарен маме. Внешне больше похож на отца, но вот дотошность моя – от мамы. Мама очень любит литературу, причем, интересуется свежими авторами, много лет выписывала «Литературную газету». Она и сейчас очень активна – ходит в Москве на художественные выставки, обожает импрессионистов, ей все интересно.





Сергей Устюгов, заведующий отделением кардиологии № 3:

— Благодарен маме, Лидии Григорьевне, цензору по охране государственных тайн в печати — такая у нее была суровая профессия. Конечно, мамина работа откладывала отпечаток на наши отношения. Мама запрещала читать «Мастера и Маргариту», «Архипелаг ГУЛАГ», самиздат, но при этом гордилась мной и поддерживала всегда: и когда я собирался поступать в Сасовское летнее училище, и когда стал врачом, и сейчас гордится.

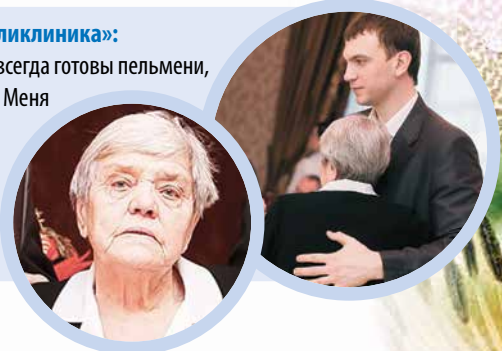
Спасибо Галине Ивановне Нечипуренко, заведующей отделением кардиологии в БСМП, заведующей кафедрой терапии Вере Александровне Опалевой, и, конечно, благодарен жене Валентине, подарившей мне двух дочек. Девчонкам я тоже благодарен — они не дают папе скучать.

Младшая дочка стала мне подарком на 50-летие. Старшая по этому поводу шутила: «Мы так ждали сестру, что от волнения полетели с папой в Египет».

Андрей Мельгунов, заведующий передвижным комплексом «Мобильная поликлиника»:

— С нежностью вспоминаю бабушку Прасковью Ефимовну. Приедешь в гости к ней — там всегда готовы пельмени, холодец, хворост. Бабушка учила: «По гостях не ходи — чего-нибудь украдут, на тебя скажут». Меня эта логика приводила в изумление, но я ее очень любил.

Спасибо вузовским преподавателям: Любове Геннадьевне Левкович с кафедры гистологии, Евгении Павловне Шарайкиной с кафедры анатомии. Благодарю за помощь наших замечательных сотрудниц, и особенно Евгению Михайловну Курц, Валентину Михайловну Симакову, Наталью Ивановну Головину.



Евгений Самохвалов, заведующий отделением кардиологии № 4:

— Мне повезло с бабушкой. У Зои Денисовны была трагическая биография: во время войны ее угнали на работу в Австрию, а после войны она попала в советский лагерь. Бабушка была мудрая, я до сих пор помню ее уроки жизни: «Всем хорош не будешь», «Не осуждай никого — каждый вправе жить, как хочет». Зоя Денисовна была конформист и дипломат. И было у нее ценное качество: не навязывала себя, но всегда была готова прийти на помощь.

Я люблю и благодарю свою дочку Машу за то, что она яркая и с характером, за то, что у нее в 9 лет есть женская мудрость, она умеет добиваться результата.

Машу предсказал нам старший сын. Мы с женой пообещали ему братика, но он возразил: «Нет, у нас будет Маша». Вот Маша и родилась всем нам на радость.

Андрей Пустовойтов, заведующий отделением кардиохирургии:

— Благодарю свою жену Ирину — за сына и дочь, за все трудности, которые мы преодолели вместе. Когда мы встретились, были совсем юными, но я уже тогда понял, что девушка сильная — в ней есть настоящая стойкость. Я не ошибся — мою жену сложно чем-нибудь испугать. Мне очень с ней повезло.

Спасибо классному руководителю Софье Николаевне Рукосуевой — она дала нам хорошее гуманитарное образование, мудрый и добрый человек.

Благодарен коллегам, наставникам, необыкновенным женщинам: детскому неврологу Людмиле Васильевне Бобровой, детскому хирургу Нине Павловне Бортниковой.



Александр Плотников, заместитель главного врача по технике:

— Родители были заняты, а меня растили бабушки — Зоя и Анна. По маме мы Ушаковы, потомки легендарного адмирала. Бабушка Аня работала завучем в школе, где я учился, можете представить, в какие жесткие рамки она загнала своего внука. Она вложила в меня правила поведения в коллективе, приучала к порядку.

Бабушка Зоя, медсестра, всю войну провела по госпиталям, а ее муж, мой дед, Иван Степанович Плотников — военно-морской врач. Ему даже однажды пришлось лечить английскую королеву-мать. Обстоятельства он с собой в могилу унес — врачебная и военная тайна.

Бабушке Зое сегодня под 90 лет, она для меня символ медицины — очень душевная, помнит множество поговорок, стихов, грамотно говорит. Может быть, благодаря бабушкам я с детства понимал, что жизнь моя будет связана с медициной и техникой.

Еще одна дорогая женщина в моей жизни — дочка Арина, она студентка, спортсменка, мы очень дружим.

ИСТОРИЯ

АОРТО-КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

Первое АКШ стало серьезным технологическим прорывом, и за годы существования кардиохирургии таких значимых вех было достаточно.

В 1980-х в больнице сгорел архив, но в отделении кардиохирургии сохранились старые операционные журналы. По ним видно, как набирала силу кардиохирургическая школа.

Операционный журнал 1962 года был общим по больнице. Из 20-25 операций в месяц кардиохирургических было 3-5.

Оперировались дети с ВПС и взрослые с приобретенными пороками, на стол попадало много пациентов с ножевыми ранениями грудной клетки.

Оперировали врачи с именем: профессора Лубенский и Розовский, в журнале часто мелькает фамилия Францев.

В 1960-х на постоянной основе устанавливали водители ритма. Делали операции на артериях, на аорте — ставили лавсановые протезы, устанавливали механические клапаны.

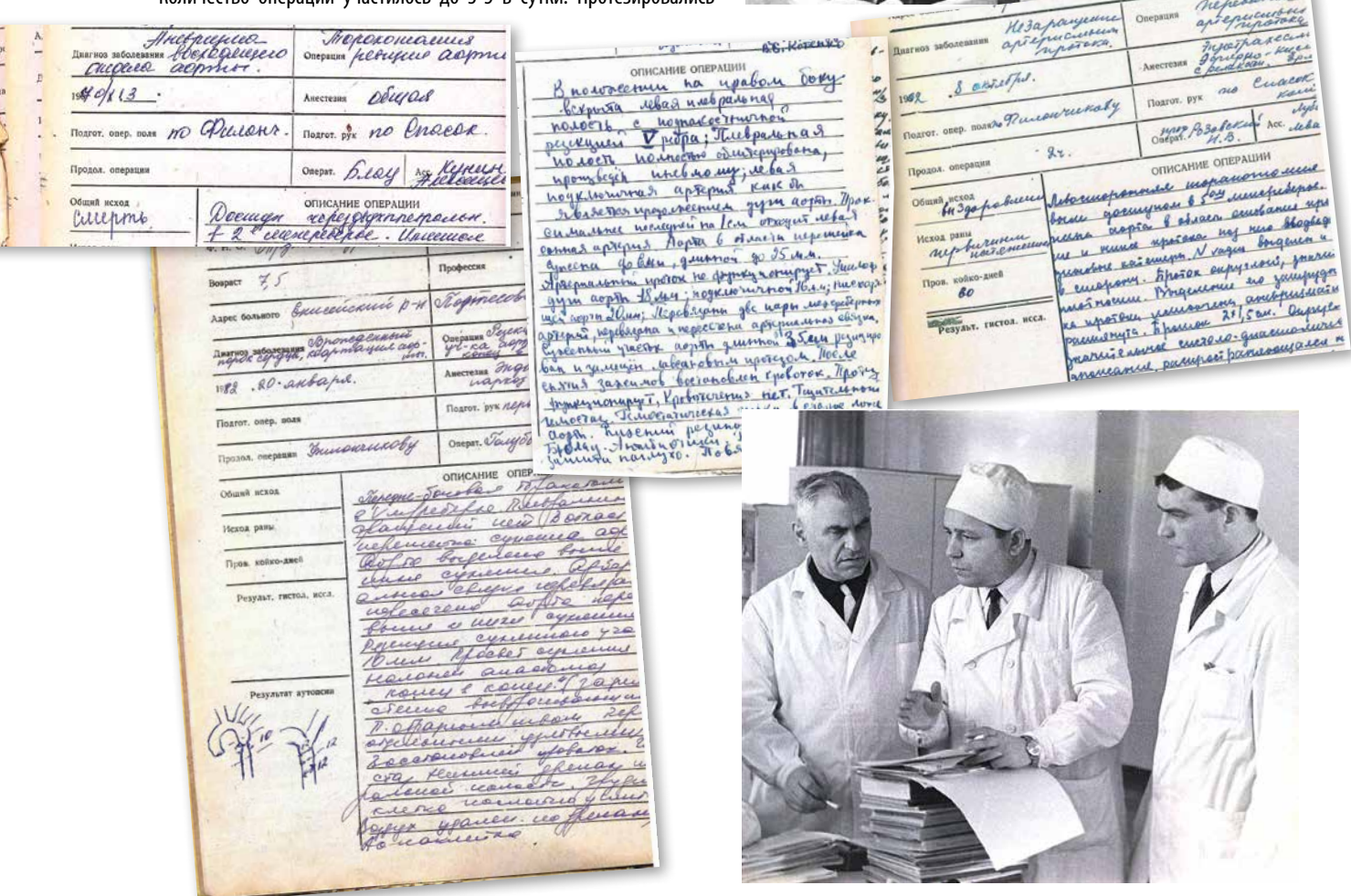
В конце десятилетия началась эпоха Юрия Ивановича Блау. В одном строю с ним работали Томнюк, Котов, продолжал оперировать Лубенский.

В 1970-е в операционной сердечно-сосудистого отделения царил Блау. Тогда же началась карьера Елены Евгеньевны Лихошерст. Количество операций участилось до 3-5 в сутки. Протезировались

магистральные сосуды, накладывались анастомозы, усложнялись операции по врожденным и приобретенным порокам.

С началом перестройки в страну хлынули новые медицинские технологии, в краевой больнице открылся Сосудистый центр. Кардиохирургия вышла на новый уровень, и АКШ, проведенное в 1996 году, стало символом нового времени.

Это не отменяет высокого мастерства хирургов полувековой давности, когда не было ни УЗИ, ни МСКТ, ни коронарографии, но врачи спасали людей и передавали опыт следующему поколению докторов.



ПОЭЗИЯ



Врач-невролог
Вера Винникова (Мацкевич)
Из книги «Материнская нежность»

Мой Красноярск

А я все смотрю из автобусного окна на твоё небо.
Азучшего времени не найти, чтоб взглянуть на городской профиль.
Вот бы ещё корочку горячего, хрустящего хлеба,
И тогда совсем вкусный пейзаж, и родной огонь.

А если выйти на какой-нибудь остановке в центре
И погулять по проспекту Мира под звуки радио,
Мы поймём, что Красноярск – самое родное на свете место,
И куда бы ты не уехал, загорится взъять его.

Это – мой город с его тротуарами и перекрёстками,
С фонтанами, Столбами, саломатами и Бобровым логом.
Это – красивые лица, добрые, милые и серьёзные,
Это – душа среди зданий, которую можно потрогать.

Даже когда под утро
Стукнет клогами в дверь:
«Милая, бес попутал...» –
Верь ему, просто верь.

Если пропал во вторник
И позвонил в четверг,
Может быть, врет отборно,
Мы же – прости и верь.

Он ведь твой друг и спутник,
Бархатный лицемер.
Если ты хочешь – будь с ним.
Раз уж влюбились – верь.

Пожалуйста, помни о том, как целует мама,
Как ты просыпаешься в теплых ее ладонях,
Как голос ее тебе шепчет: «Привет, мой любимый»,
А ты убегаешь, играя: «Мам, не догонись!».

Пожалуйста, помни о том, как она смеется,
И взгляд через щелочки глаз льется нежный-нежный...
Как тонкая тропка по лесу вдоль реки вьется,
И мамы ноги шагают по ней несмешно.

Пожалуйста, помни простые ее наряды,
Как мама воркует на кухне, зовет на завтрак.
Запомни касанья и запахи, звуки, взгляды.
Никто никогда не подскажет, что будет завтра.

Современная женщина

Современная женщина – все сама.
Покупает квартиру, сдает на права.
Она столько лет без тебя жила,
Вот и дальше сможет.

У нее зарплата и отпуск,
Магазины, цветастые кружева,
Она – верно девственная вдова
С безупречной кожей.

У нее карьера и бизнес-план.
В одиночестве виски со льдом стакан.
И никто не тычет в ее изъяс –
Не имеет права.

Никогда не верить мужским рекам,
И не пить колыбельные по ногам.
Лишь она сама для себя и пригал,
И пустая гаваль.

Мы думала, что хватает его раз в неделю ногою.
Не куталась, не скупала, вбиваясь руками в простынь.
И он приходил все так же – с букетом цветов и виски.
И он приговаривал все так же – с букетом цветов и виски: «Сни с ним».

В напевах многоэтажек ты слышала только: «Сни с ним».
Пронзая недели мыслью о ласковых перебежках,
Мы стала геркать на часах в своих календарных сетках.
Желая встречаться чаще, молчала довольно мудро,
Обнявшись с его плечами совместных и редких утрач.

А поезд уже отчалил. А ты его ждешь как будто...

Это всего лишь я –
Ласковая, ругная,
Взбалмошная, родная,
Преданная, твоя.

ПО СЛЕДАМ НАШИХ ПУБЛИКАЦИЙ

ЕЩЕ РАЗ О ДОКТОРЕ ВРУБЛЕВСКОЙ



Девушка с собакой
Александра Врублевская, 1925 год



Александра Андреевна с мужем Ильей Айзенбергом и сыном Сашей.

Нам очень приятно, что статья к юбилею ЛОР-врача Александры Андреевны Врублевской, чей портрет украшает административный этаж главного корпуса больницы, нашла продолжение.

На публикацию откликнулся внук Александры Андреевны Игорь Александрович Айзенберг.

Он поблагодарил редакцию за публикацию о бабушке и рассказал новые факты из ее биографии.

Сотрудником краевой хирургической больницы Александра Андреевна стала 17 июля 1942 года и проработала оториноларингологом до 1 августа 1961 года. Ее трудовая книжка полна благодарностей за отличную работу и заботливое отношение к больным.

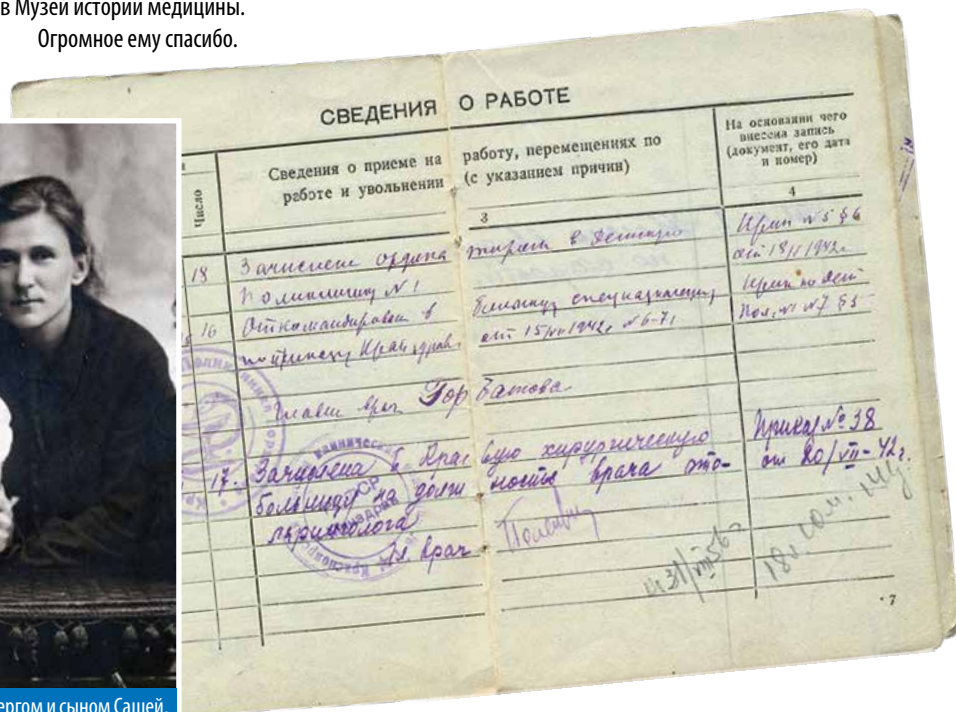
У Александры Андреевны был единственный сын – Александр Ильич Айзенберг, кандидат технических наук. Невестка Врублевской, Маргарита Наумовна Айзенберг, врач-физиотерапевт, работала в Красноярском медицинском институте. Врачом-кардиологом в краевой больнице работает и жена Игоря Александровича Айзенберга, Елена Анатольевна Курляндская.

Значит, медицина из семьи Александры Андреевны не ушла, династия не прервалась.

Умерла Александра Врублевская 23 июля 1994 года, в возрасте 94 лет, похоронена на кладбище Бадалык.

Еще Игорь Александрович прислал нам фото из семейного архива, которые мы передаем в Музей истории медицины.

Огромное ему спасибо.



Уважаемые рекламодатели!

27 ноября 2015 года журнал «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ» получил свидетельство о регистрации СМИ, выданное Енисейским управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Журнал вышел на новую ступень и будет развиваться дальше.

Приглашаем к сотрудничеству
Тел. 295-30-62

Распространение журнала
«ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

**КГБУЗ «Краевая
клиническая
больница»**



**Министерство
здравоохранения
Красноярского края**

Страховые компании Красноярского края

Медицинские организации Красноярского края

профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru