

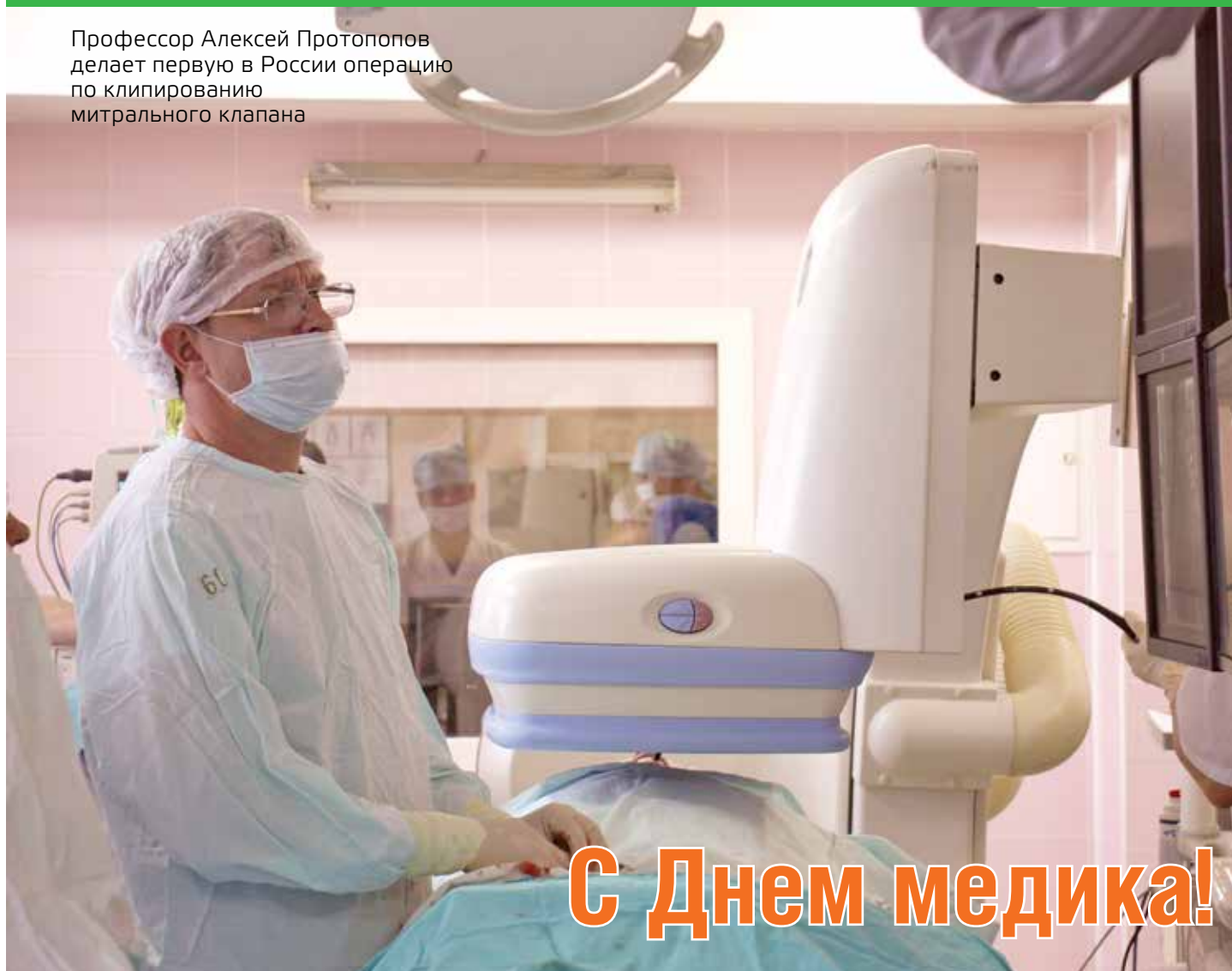
ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ

№ 2 (63)

1 краевая
клиническая
больница
основана в 1942

ИЗДАНИЕ КРАСНОЯРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Профессор Алексей Протопопов
делает первую в России операцию
по клипированию
митрального клапана



С Днем медика!

*Стандарты лечения
инфекционного
эндокардита*

*45 лет отделению
сердечно-сосудистой
хирургии*

*Военные консультации
Войно-Ясенецкого*

июнь 2016 года



ЗАЩИЩАЕТ В ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЯХ

- Антигипоксанта
- Антиоксиданта
- Энергокорректора



Комплексная защита клеток
головного мозга

ЦИТОФЛАВИН®

- Отечественный комбинированный нейротропектор
- Эффективный энергокорректор с антигипоксантами и антиоксидантным действием
- Прием по 2 таблетки 2 раза в день

ООО «НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ФИРМА «ПОЛИСАН»
INFO@POLYSAN.RU | WWW.POLYSAN.RU

РЕКЛАМА. РЕГ. № 15 - 2017/07 ОТ 13.09.2011

РОССИЯ, 192102, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
УЛ. САЛОВА, Д. 72, КОР. 2, ЛИТ. А,
ТЕЛ./ФАКС: +7 (812) 710-82-25

Интеллект на защите
здоровья
polysan

ПЕРЕД УПОТРЕБЛЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕМ
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

**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, Е. Михайлова —
фотокорреспонденты.
Используются материалы из музея
Истории медицины.

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.
Июнь 2016 г.

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

Содержание

События.....	4
Методы реканализации сосудов при ишемическом инсульте. Взгляд в будущее.....	6
Сравнительный анализ особенностей коммуникативных навыков у обучающихся на кафедре госпитальной хирургии.....	7
Мониторинг безопасности фармакотерапии на территории Красноярского края	9
Красноярскому краевому гнойно-септическому центру – 15 лет	13
Отдел автоматизированных систем управления отмечает 30-летие.....	17
CASUS EXTRAORDINARUS НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ	
Реваскуляризация артерий нижних конечностей у пациентов с критической ишемией в сочетании с внутриартериальной инфузией	20
Пациентка с диссеминацией в практике пульмонолога	22
Случай пустулезного псориаза с поражением почек.....	24
Случай открытого проникающего ранения черепа и головного мозга с множественными инородными телами	26
Случай выявления кордарон-индуцированных «бругадоподобных» изменений экг	28
Сочетание острого аппендицита и ущемленной грыжи.....	30
DUM DOCEMUS, DISCIMUS \ ПОКА УЧИМ, УЧИМСЯ	
Порядок оказания медицинской помощи больным инфекционным эндокардитом в краевой клинической больнице.....	32
Кинезиотейп: лечебная аппликация	36
Анализ работы диализной службы Красноярского края за 2015 год.....	38
Коррекция нарушений мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде после трансуретральной резекции простаты.....	40
Лечение ран отрицательным давлением: прошлое, настоящее, будущее	42
Вакуумно-приточная терапия при синдроме диабетической стопы.....	45
Гипертоническая энцефалопатия у пожилых. Возможности терапии	48
EX ANIMO \ ОТ ДУШИ	
Консультации Войно-Ясенецкого	52
К 45-летию юбилею сердечно-сосудистого отделения	54

С Днем медицинского работника!



УВАЖАЕМЫЕ ВРАЧИ И МЕДСЕСТРЫ!

Поздравляю вас с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

Примите благодарность за вашу заботу о здоровье населения Красноярского края, за профессионализм и высокую ответственность.

Пусть вам сопутствует удача в делах, пусть живут и здравствуют ваши пациенты, пусть работа приносит моральное удовлетворение.

Желаю уверенности в себе, крепкого здоровья, творческого вдохновения, личного счастья.

С уважением
губернатор Красноярского края
Виктор Толоконский



ДОРОГИЕ ВРАЧИ И МЕДСЕСТРЫ!

День медицинского работника — наш общий праздник, потому что у каждого человека есть добрые воспоминания о врачах, которые помогли в трудную минуту.

Ваши забота и внимание позволяют людям вновь обрести здоровье и уверенность в себе. Врача, спасшего жизнь, отблагодарить невозможно — нет такой цены.

Искренне желаю медицинскому сообществу Красноярского края успехов, благополучия и всего самого наилучшего.

Спасибо за всё, что вы делаете для нас.

С уважением
председатель Законодательного Собрания
Красноярского края
Александр Усс



УВАЖАЕМЫЕ ВРАЧИ И МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ!

В День медицинского работника примите слова благодарности и уважения за вашу такую необходимую службу. Именно службу, служение — потому что наше дело требует от человека готовности жертвовать собой, преданности и огромной любви.

Неважно, сколько звезд на наших погонах. На той войне, которую мы ведем за здоровье людей, важны все — от солдата до генерала.

Дорогие коллеги, желаю вам здоровья, терпения, удачи, личного счастья.

Спасибо за то, что мы вместе, за то, что армия медработников Красноярского края сильна, профессиональна и умеет побеждать.

***Ваш министр здравоохранения
Вадим Янин***



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДРУЗЬЯ!

Поздравляю вас с Днем медицинского работника!

Первая краевая каждый день реализует своей девиз «Профессионализм. Человечность. Ответственность», участвуя в спасении жизней. Вы проводите уникальные операции, внедряете инновационные технологии, беретесь за решение сложных задач, позволяя многим людям вернуться к активной деятельности, вновь почувствовать радость жизни.

Благодарю вас за многолетнее партнерство и желаю успеха в вашем стремлении не останавливаться на достигнутом. Пусть в вашем коллективе всегда царит атмосфера взаимопонимания, пусть радуют результаты труда и благодарные пациенты. Крепкого здоровья вам и вашим близким!

***С искренними пожеланиями
директор ТФОМС Красноярского края
Сергей Козаченко***



МОИ УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Поздравляю вас с профессиональным праздником!

Когда прохожу по отделениям, длинным коридорам из корпуса в корпус, не устаю здороваться с десятками и сотнями коллег. Это очень приятно, что у нас дружная команда людей в белых халатах, самая многочисленная в Красноярском крае.

Я бы хотел, чтобы всем вам — врачам, медицинским сестрам, санитаркам — было комфортно работать, чтобы пациенты благодарили вас за оказанную помощь, чтобы вы были довольны заработной платой и отношениями в коллективе.

Хочется также, чтобы наши главные принципы — профессионализм, человечность, ответственность — никогда не теряли ценности и передавались будущим поколениям медработников.

Желаю вам успехом, дорогие друзья!

С Днем медицинского работника!

***Ваш главный врач
Егор Корчагин***

СОБЫТИЯ

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ КОРРЕКЦИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА – ВПЕРВЫЕ В РОССИИ

Профессор Протопопов провел эксклюзивную для России операцию на сердце. Инновационной методикой с нашими коллегами поделились хирурги из Израиля.

Эндоваскулярная коррекция митрального клапана предназначена, в первую очередь, для ситуаций, когда безнадежно больной кардиологический пациент не в состоянии перенести операцию на открытом сердце, поскольку она представляет реальную угрозу для его жизни.

Обычно при пороке митрального клапана его меняют на искусственный. Это операция на открытом сердце – сложная и очень серьезная. Суть уникальной операции, прошедшей 3 и 4 июня, – в клипировании клапана. По сути, створки клапана зажимают посредине «микроприщепкой», которая доставляется в сердце по сосудам – грудную клетку вскрывать не нужно.

– По всему миру выполнено не более 35 тысяч подобных операций, – отмечает профессор Алексей Протопопов. – Операция, безусловно, очень сложная – это многоступенчатый процесс, связанный с проходом в камеру сердца и с манипуляциями на клапане, который поражен болезнью. Поэтому в операционной на вмешательстве одного пациента присутствуют специалисты многих специальностей.

Первая операция заняла больше четырех часов. Уже через двое суток пожилой пациент поднимался по лестнице с первого этажа Главного корпуса больницы до девятого – он чувствовал себя гораздо лучше.

За два дня рентгенохирургии вылечили четыре сердца.

– Мы организовали обеспечение специалистов расходными материалами, которые были необходимы для проведения операции, – отмечает главный врач Егор Корчагин. – Нам помогли коллеги из федерального министерства здравоохранения. Особое спасибо министру здравоохранения России Веронике Игоревне Скворцовой.

РАДОМИР БОШКОВИЧ: «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА – ДВИГАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ»



Больница перешла на заключительный этап разработки стратегического плана. Задача – понять, куда двигаться дальше, быстрее и с наименьшими затратами. Так что, по сути, это документ – календарь на три года, основанный на фактах, рисках и мечтах.

Напомним, краевая клиническая больница ведет большую и серьезную работу по внедрению системы менеджмента качества, в которой стратегическое планирование – неременное условие успехов

больницы и уверенности ее персонала в завтрашнем дне. Консультирует клинику в вопросах стратегического менеджмента член Института Обеспечения Качества (Лондон) Радомир Бошкович, европейский эксперт в области менеджмента качества, аккредитации и оценки.

Радомир Бошкович уверен, что реформирование здравоохранения, улучшение качества услуг возможно даже в случае ограниченных ресурсов и кризисной ситуации в экономике.

Выстраивание системы управления рисками – главное, что можно сегодня предложить любой медицинской организации на территории РФ, но этими вопросами занимаются только передовые организации. Факт, что краевая клиническая больница начала работу над разработкой стратегии развития, уже свидетельствует о том, что руководство ККБ движется впереди других больниц. Стратегическое планирование – выбор направления для развития здравоохранения всего Красноярского края. С одной стороны, развитие здравоохранения – задача министерства, но с другой стороны, практический опыт ККБ будут перенимать другие больницы. Таким образом, краевая больница станет двигателем развития здравоохранения Красноярского края.

ДЕНЬ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ СТАЛ ОБЩЕКРАЕВЫМ

28 апреля краевая больница провела День борьбы с инсультом.

В грандиозной по масштабу и количеству участников акции были задействованы 56 территорий нашего региона, а Красноярск стал местом основных событий.

В этот день около 300 волонтеров вместе с медиаперсонами раздавали листовки и магниты с симптомами инсульта в разных районах города, работали несколько открытых площадок:

- площадь перед БКЗ, где состоялся бесплатный концерт творческих коллективов города;
- ТРЦ КомсомоЛЛ, где прошел Work out, мастер-класс от спортсменов, работал диджей;
- площадь у памятника Поздееву, где красноярцы вместе с художниками разрисовали большой холст на тему ЗОЖ;
- флэшмоб перед КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого – сотни студентов-медиков выстроились в фразу «Нет инсульту!».

Акция была согласована на уровне губернатора, министерств здравоохранения, промышленности, культуры, социальной политики.

В КАРДИОЦЕНТРЕ ПРОВЕДЕНА УНИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОСЛЕ СЕРЬЕЗНОЙ ТРАВМЫ СЕРДЦА

Молодой мужчина поступил в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Красноярска после дорожно-транспортного происшествия, в результате которого у пациента произошел разрыв перикарда и практически полностью был вырван трехстворчатый клапан сердца.

ДТП произошло в Железнодорожном, в местной больнице диагностировали повреждение структур сердца, и пациент был экстренно доставлен в Кардиоцентр.

– По данным исследований мы выяснили, что у пациента был отрыв хорд трикуспидального клапана, – рассказывает кардиохирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Дмитрий Горбунов. – На операционном столе мы увидели, что оторваны еще и мышцы от правого желудочка, а учитывая толщину данной полости

(4–6 мм), такая травма заканчивается, как правило, разрывом сердца и мгновенной гибелью пациента.

У пациента стремительно развивалась сердечная недостаточность, и оперативное лечение было необходимо по жизненным показаниям. Но учитывая анатомические особенности, мужчине требовался клапан нестандартного размера.

Пока пациент три дня готовился к операции, руководство Центра смогло разыскать в России необходимый клапан нужного размера, была срочно проведена процедура закупа, и клапан доставили в Красноярск. Все службы сработали оперативно и слаженно.

Операция прошла успешно, пациент проходит реабилитацию в специализированном санатории.

— Получается, моего ребенка по новой «родил» Дмитрий Николаевич Горбунов, — благодарит врачей мама уникального пациента. — И в реанимации состав врачей великолепный. Я этих людей не видела, но хочу пожелать им самого всего лучшего, что есть в жизни.

СПЕЦИАЛИСТЫ КРАЕВОГО ОНКОДИСПАНСЕРА ВОЗБУЖДАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ПУБЛИЧНЫХ ЛЕКЦИЙ НА АРТ-НАБЕРЕЖНОЙ

Летом прошлого года краевые онкологи решили выйти на открытый разговор с красноярцами. На набережной, возле теплохода «Капитанский клуб», они проводили лекции о профилактике рака для всех желающих. В июне 2016 года этот формат общения врачей с жителями и гостями города возобновился, лекции снова продлятся все лето.

— Профилактика онкологических заболеваний — одно из важнейших направлений работы Красноярского краевого клинического онкологического диспансера, — подчеркивает главный врач Андрей Модестов. — Специалисты отделения профилактики и реабилитации ежемесячно совершают выезды в районы края, в краевом онкодиспансере проводятся дни открытых дверей для населения и различные акции, врачи онкодиспансера выступают на родительских собраниях в школах и других организациях. Но все равно мы постоянно думаем, какие еще меры нужно предпринять, чтобы люди были более информированы о рисках возникновения онкологических заболеваний и более внимательно относились к своему здоровью. Увидев в прошлом году, что новые форматы просветительской работы краевых онкологов вызвали большой интерес у красноярцев, публичные лекции и «прогулки с онкологом» мы решили возобновить. Приглашаем всех!

Лекции на арт-набережной (возле теплохода «Капитанский клуб») будут проходить каждый четверг до конца августа. Начало в 18.30.

НА ТЕРРИТОРИИ КРАЕВОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ПРОШЛА ОЧЕРЕДНАЯ АКЦИЯ «ЗЕЛЕНАЯ АЛЛЕЯ ЖИЗНИ»

В рамках Дня защиты детей состоялась посадка деревьев в честь малышей, появившихся на свет в стенах учреждения. Участие в акции приняли родители с детьми, специальные гости Центра, а также жители города, которые тоже решили поддержать акцию. Работники Центра заранее подготовили специальные лунки и предоставили инвентарь для посадки. Никаких ограничений по виду деревьев у родителей не было. Зеленая территория Центра пополнилась яблонями, рябиной, вишней, кедром, черемухой, сиренью, елью и даже ясенем, кленом



и калиной. Вместе с родителями дерево садили Международный эксперт интенсивной терапии и реанимации новорожденных Арунас Любшис, доктор медицинских наук, заведующий отделением Детской больницы Вильнюсского медицинского университета, и медсестра Дангута Маурицайте.

В прошлом году было посажено 10 кедров и 3 яблони. В этом году было посажено 35 саженцев. Идея озеленения территории нашла поддержку как среди молодых родителей, так и среди врачей лечебного учреждения, гостей Краевого центра охраны материнства и детства. Акцию планируется продолжить и в следующем году.

В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ОПРОБОВАНА ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА

Опыт с нашими коллегами поделились хирурги из Санкт-Петербурга. Для этого в Красноярск прилетел заведующий отделением эндоскопии ФГБУ «НИИ Онкологии им. Н.Н. Петрова» Олег Ткаченко. Оперировал заведующий отделением эндоскопии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Павел Жегалов.

Ахалазия кардии — сложное и одно из самых распространенных заболеваний пищевода. При нем отдел пищевода перед самым входом в желудок сужается, не пропускает пищу и не дает ей перевариваться. По ощущениям это сродни кому в горле.

Нервно-мышечное заболевание ахалазия кардии встречается в любом возрасте — от новорожденности до старости, но чаще поражает людей молодого и среднего возраста, почти с одинаковой частотой мужчин и женщин. В краевой клинической больнице ежегодно в хирургическом лечении ахалазии кардии нуждаются до 15–20 пациентов.

Раньше, чтобы восстановить проходимость пищевода, врачи краевой больницы расширяли его с помощью специальной трубки со сдутым баллоном. Эффективность данной процедуры гарантировалась лишь в 50–60% случаев, к тому же сопровождалась крайне неприятными ощущениями у пациентов, и, как правило, требовалось много повторов.

Новому методу — миотомии — наши врачи обучились у хирургов из Санкт-Петербурга, НИИ Онкологии им. Н. Н. Петрова. Суть миотомии в том, что во время эндоскопической операции без скальпеля рассекают определенные мышцы и получившийся разрез укрывают слизистый пищевода. Положительный результат достигается в 97% случаев. Это единственный эндоскопический радикальный способ лечения ахалазии кардии, и таким опытом хирургического лечения болезни обладают немногие клиники в России.

МЕТОДЫ РЕКАНАЛИЗАЦИИ СОСУДОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ. ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

П. Г. Шнякин, Е. В. Ипполитова, Н. Ю. Довбыш, А. В. Путилин
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

С современных позиций вся суть патогенетического лечения ишемического инсульта сводится к ранней реканализации мозгового сосуда, закупоренного тромбом и нейропротекции. В данной статье поговорим о методах реканализации сосудов, их эффективности, а также насколько внедрение этих методик способствует снижению летальности от инсульта.

Существует три способа реканализации сосудов при ишемическом инсульте: системный тромболизис (уровень доказательности 1А), внутриартериальный тромболизис (уровень доказательности 2В), рентгенэндоваскулярная тромбэкстракция (уровень доказательности 1А). Таким образом, на основании доказательной базы целесообразно выполнение только системного тромболизиса и тромбэкстракции, в то время как селективный внутриартериальный тромболизис имеет очень ограниченные показания со многими нерешенными вопросами (например, до сих пор нет четкой доказательной базы, в каком количестве необходимо вводить тромболитик внутриартериально).

Проведение системного внутривенного тромболизиса стало рутинной практикой в первичных сосудистых отделениях и региональных сосудистых центрах РФ. Стоит отметить, что эта методика эффективна в первые 4,5 часа (чем раньше начат тромболизис, тем больше шансов на реканализацию!) у пациентов, не имеющих к нему противопоказаний (которых насчитывается 28!). Несмотря на доказательную базу, стоит отметить, что тромболизис эффективен не более чем у трети пациентов. Это связано с тем, что тромболитик, введенный внутривенно, не способен растворить крупные тромбы, закупорившие мозговые сосуды. Доказано, что тромболитик не размывает тромб размером 8 мм и более.

По современным рекомендациям в сосудистых центрах не менее 3% пациентов, поступивших с инсультом, должны получать тромболитическую терапию. Ряд регионов России не дотягивает до этих целевых показателей, в то время как некоторые субъекты РФ немного превышают минимально необходимое количество тромболизисов (например, Красноярский край – 4,5%).

Однако в общем, учитывая, что в России ежегодно случается до 450 тысяч инсультов (в Красноярском крае около 12 тысяч), становится понятным, что тромболитическая терапия в таком небольшом количестве не способна существенно повлиять на показатели летальности. Более того, на тромболизис отбираются пациенты (с учетом противопоказаний), которые и так не должны погибнуть (очень тяжелые пациенты на тромболизис не идут).

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на различных заседаниях все чаще говорит о том, что количество выполненных реканализаций сосудов при ишемическом инсульте должно в ближайшее время достигнуть 7%. Эти цифры покажутся даже реалистичными по сравнению с данными, обозначенными на прошлогоднем европейском конгрессе по лечению инсульта (Глазго, Шотландия), где говорилось, что

нужно стремиться к тому, чтобы каждый второй (50%!) пациент с инсультом получал тот или иной метод реканализации тромбированных мозговых сосудов.

За счет чего же можно так существенно увеличить количество реканализаций сосудов при инсульте? Явно не за счет системных тромболизисов. Главный лимитирующий фактор выполнения системного тромболизиса при инсульте – позднее поступление пациентов. В этой связи крайне важна работа с населением (и со «скорой помощью») по увеличению количества ранних поступлений в стационары. Однако, говоря объективно, это вряд ли увеличит количество тромболизисов на более чем 7% (за счет большого количества противопоказаний к этой методике). Так как же нам достичь европейской мечты в 50%?

Ответ кроется в развитии эндоваскулярных методик лечения, и в первую очередь тромбэкстракций (хотя даже с этих позиций 50% выглядят совершенно нереальными).

Методика тромбэкстракции заключается в механическом удалении тромба из мозговых сосудов с помощью специальных устройств (стент-ретриверов).

Существует два подхода к выполнению тромбэкстракций при ишемическом инсульте:

- при наличии тромбоза мозговой артерии вначале выполняется системный тромболизис, а затем тромбэкстракция (бриджинг);
- при наличии тромбоза мозговой артерии, когда есть противопоказания к системному тромболизису (за пределами 4,5-часового окна или другие противопоказания), выполняется тромбэкстракция.

Таким образом, тромбэкстракция позволяет выполнить удаление крупного тромба (неразмываемого тромболитиком), да еще и за пределами «терапевтического окна». Хотя и для тромбэкстракции есть свои «терапевтические окна» – 6 часов для бассейна сонной артерии и 12 часов для вертебро-базиллярного бассейна.

Стоит отметить, что, в отличие от системного тромболизиса, тромбэкстракция остается эксклюзивной методикой и выполняется далеко не во всех современных многопрофильных стационарах даже при наличии региональных сосудистых центров.

На это есть ряд причин:

- Тромбэкстракция – это достаточно дорогая процедура (в среднем на одну тромбэкстракцию по расходным материалам требуется 250-300 тысяч рублей).
- Нужна отлаженная работа по взаимодействию неврологов с рентгенохирургической службой.
- Нужны подготовленные к этой манипуляции специалисты.

Тромбэкстракции в Красноярском крае выполняются в двух стационарах – КГБУЗ «ККБ» и ГБСМП. В среднем в год (на две больницы) выполняется не более 15-20 тромбэкстракций. Во многом это связано, как было указано, с дороговизной технологии, и тромбэкстракций в год

выполняется столько, на сколько хватает расходных материалов. Исходя из такого небольшого количества выполняемых вмешательств, мы опять же понимаем, что это не те показатели, которые способны как-то повлиять на снижение летальности и инвалидности от инсульта.

Что же нужно сделать нам, как региональному сосудистому центру, чтобы увеличить количество данных вмешательств? Решить вопрос с финансированием этой технологии (с учетом предполагаемого количества вмешательств на год, однако с некоторым запасом).

Замкнуть на ККБ для выполнения тромбэкстракций два городских стационара – ГБ № 20 и Дорожную больницу.

На это есть две причины. Первая сводится к тому, что в этих больницах нет такой технологии, и пациенты с окклюзией крупного мозгового сосуда обречены на формирование обширного инсульта. Вторая причина: доказано, что над этими высокотехнологичными методиками стоит заниматься только в тех центрах, где в год их выполняется не менее 40-50 (для того чтобы они выполнялись качественно и эффективно).

С этих позиций и стоит разрабатывать схемы перевода пациентов с окклюзиями крупных мозговых сосудов из городских стационаров в Региональный сосудистый центр.

Развивать нейровизуальные технологии и возможности их экстренного(!) выполнения для пациентов с инсультом. Это и перфузионная КТ (с некоторыми пробуксовками, но выполняется), и МРТ в специальных режимах (DWI и пр.), которые в экстренном порядке выполнять невозможно. Именно эти методики способны удлинить терапевтический интервал (оценив и сравнив зону ядра инсульта и еще жизнеспособной ткани – пенумбры).

Кроме того, в ряде случаев (например, инсульт у пациента во сне, когда неизвестна давность заболевания) только эти методики способны дать ответ на вопрос, выполнять или нет реканализацию сосудов.

Продолжать работать с населением и «скорой помощью» для увеличения количества ранних поступлений в стационары.

Таким образом, развитие помощи пациентам с инсультом лежит в плоскости эндоваскулярных технологий. Будем надеяться, что существенные успехи лечения инфаркта миокарда, достигнутые рентгенохирургической службой, в ближайшее время начнут распространяться и на пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ОБУЧАЮЩИХСЯ НА КАФЕДРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Т. К. Турчина, Ж. Е. Турчина
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач.
Профессор Бехтерев.

Актуальность

Основным требованием к подготовке специалиста выступает компетентностный подход. На фоне успешного внедрения в медицинских вузах симуляционного обучения стало заметно, как мало обучающиеся владеют коммуникативными навыками. Каждый практический навык начинается с пункта – установить контакт с пациентом, объяснить, что его ждет, и получить согласие на проведение различных диагностических, лечебных процедур и манипуляций. Выполнение этого пункта и является выполнением коммуникативного навыка.

Этот первый шаг выполняется с большим трудом или совсем не выполняется. Такая картина возникает у первокурсников, которые в клинике проходят практику ухода за больным и им предстоит, скажем, поменять постель пациенту, и с врачами в отделении, когда они подают лист согласия на операцию или лечение пациенту и показывают строку, где поставить подпись без диалога, объяснения рисков, особенностей операции.

К сожалению, в процессе обучения коммуникативные навыки не сформулированы ни в одном методическом источнике, и объективная оценка этих навыков отсутствует. В связи с этим формирование комму-

никативной компетентности в системе высшего медицинского образования занимает особое место в его реализации.

Коммуникативные навыки – это способность человека к общению. Уровень этого умения зависит и от характера индивида, и от того, как он работает над собой. Искусство коммуникации включает в себя умение устанавливать контакт с окружающими и поддерживать его, а также способность производить на других людей нужное впечатление.

Коммуникативные навыки и умение правильного их применения является одним из главных качеств будущего врача. Умение найти общий язык с больным – ценнейшее качество врача. Ведь врач – это коммуникатор, ведущий беседу с пациентом (коммуникантом).

Доверие больного к врачу, вера в его опыт и душевные качества создают особую атмосферу во взаимоотношениях врач – больной, которая сама по себе оказывает лечебный эффект. Будущим врачам необходимо помнить, что каждое их неосторожное слово может психически тяжело травмировать и без того страдающего человека. Поэтому, чтобы стать истинным врачом, необходимо постоянно совершенствовать не только свои знания, но и коммуникативные навыки [1, 2, 3].

Коммуникабельность можно условно разделить на два типа: письменную и устную.

1. Письменная коммуникабельность проявляется в том, знаете ли вы правила написания деловых писем и заполнения разного рода официальных документов, а также насколько грамотно вы пишете (имеются ли у вас пунктуационные, орфографические или синтаксические ошибки). Ваша речь должна быть максимально лаконичной и в то же время в нескольких фразах вы должны уметь донести необходимую информацию до читателя. Как говорят, краткость – сестра таланта. Нужно уметь излагать мысли кратко и емко.

2. Устная коммуникабельность дает вам больший простор для самовыражения и применения своих вербальных навыков общения. Устная коммуникабельность предполагает наличие умения четко излагать свои мысли, умения слушать своих собеседников и при этом располагать их к себе. Вы не только должны заставить собеседника вас слушать, но и сделать так, чтобы он сам стал заинтересованным в дальнейшем общении с вами и готов был принять вашу позицию. Последнее как раз и отличает коммуникабельных людей от общительных – если общительный человек может позволить себе выйти из себя, вспылить и сказать что-то на эмоциях, то коммуникабельный человек должен быть в душе парламентом, который не позволит эмоциям взять верх над разумом [3].

Установлено, что врачи, которые умеют общаться, то есть владеют коммуникативными навыками, чаще устанавливают правильный диагноз, особенно если это касается психологических проблем пациента; могут научить пациента контролировать свое состояние и лечение; имеют более хорошие результаты лечения; обеспечивают большую безопасность для пациента; сталкиваются с меньшим количеством жалоб. Поэтому, чтобы стать истинным врачом, необходимо постоянно совершенствовать не только свои знания, но и коммуникативные качества.

Образовательному учреждению, занимающемуся подготовкой специалистов в области медицины, важно иметь представление о том, какова динамика формирования ведущих профессиональных компетенций, включая коммуникативные навыки, будущих специалистов.

Цель исследования

Оценить сформированность коммуникативных склонностей студентов 1-го курса факультета фундаментального медицинского образования, студентов 4–6-го курсов лечебного факультета, интернов, клинических ординаторов и врачей, обучающихся на кафедре хирургических болезней с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО им. проф. А. М. Дыхно лечебного факультета.

Материалы и методы

Использовалась анкета «Коммуникативные и организаторские склонности – КОС», разработанная В. В. Синявским с соавт. [2].

В анкетировании принимали участие 143 респондента, из них 30 студентов 6-го курса, 23 студента 5-го курса, 24 студента 4-го курса, 25 студентов 1-го курса, 13 интернов-хирургов, 10 клинических ординаторов, 18 врачей со стажем работы от 10 до 30 лет (курсанты циклов повышения квалификации из различных лечебных учреждений региона).

Тест КОС можно проводить как с одним испытуемым, так и с группой. Испытуемым раздаются тексты опросника, бланки для ответов и зачитывается инструкция. Цель обработки результатов – получение индексов коммуникативных и организаторских склонностей. Для этого ответы испытуемого сопоставляют с дешифратором и подсчитывают

количество совпадений отдельно по коммуникативным и организаторским склонностям.

Уровень развития коммуникативных и организаторских склонностей характеризуется с помощью оценок по шкале следующим образом:

- испытуемые, получившие оценку 1, – это люди с низким уровнем проявления коммуникативных и организаторских склонностей;
- испытуемые, получившие оценку 2, имеют коммуникативные и организаторские склонности ниже среднего уровня. Они не стремятся к общению, чувствуют себя скованно в новой компании, коллективе, предпочитают проводить время наедине с собой, ограничивают свои знакомства, испытывают трудности в установлении контактов с людьми и в выступлении перед аудиторией, плохо ориентируются в незнакомой ситуации, не отстаивают свое мнение, тяжело переживают обиды;
- для испытуемых, получивших оценку 3, характерен средний уровень проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они стремятся к контактам с людьми, не ограничивают круг своих знакомств, отстаивают свое мнение, планируют свою работу, однако потенциал их склонностей не отличается высокой устойчивостью;
- испытуемые, получившие оценку 4, относятся к группе с высоким уровнем проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они не теряются в новой обстановке, быстро находят друзей, постоянно стремятся расширить круг своих знакомых, занимаются общественной деятельностью, помогают близким, друзьям, проявляют инициативу в общении, с удовольствием принимают участие в организации общественных мероприятий;
- испытуемые, получившие высшую оценку 5, обладают очень высоким уровнем проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они испытывают потребность в коммуникативной и организаторской деятельности и активно стремятся к ней, быстро ориентируются в трудных ситуациях, непринужденно ведут себя в новом коллективе.

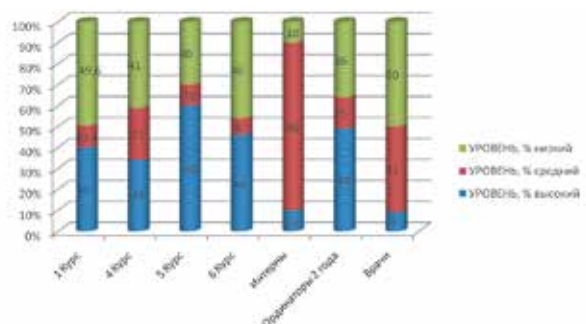


Рис. 1. Распределение коммуникативных навыков (%).

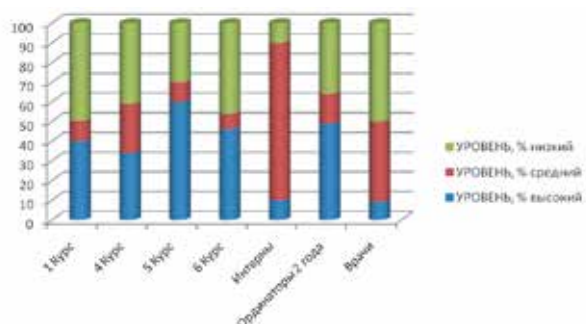


Рис. 2. Распределение организационных навыков (%).

Краевая клиническая больница предоставляет возможность всем обучающимся работать с реальными пациентами на всех курсах, начиная с «ухода за больным» и заканчивая работой в операционной.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты анкетирования представлены на рисунках 1 и 2. Необходимо отметить, что в каждой группе обследуемых встречались респонденты с низким, средним и высоким уровнями коммуникативных и организационных навыков. У врачей все показатели ниже, чем у студентов, интернов и ординаторов.

Если среди врачей это соотношение: 9-41-50%, то среди студентов, например, 5-го курса – 60-10-30%.

В общей сложности треть опрошенных с низким уровнем, треть со средним уровнем и треть выше среднего являются носителями коммуникативных и организационных навыков.

Складывается впечатление, что в наши дни осваивать специальность хирурга в интернатуре и ординатуре начинают специалисты с лучшими показателями коммуникативных и организационных навыков. Не исключается, что низкие коммуникативные способности врачей обусловлены синдромом эмоционального выгорания. Как следствие возникает нежелание расширять и поддерживать коммуникации.

Выводы

Проведение анкетирования позволило оценить уровень коммуникативных навыков и степень подготовленности их к работе с пациентами.

Выявлено, что медицина как сфера деятельности человека представляет интерес для всех участников опроса. Однако склонность к эффективной коммуникации имеет только треть.

Для решения проблемы необходимо осуществлять профессиональный отбор на этапе поступления в медицинский вуз, а в процессе получения медицинского образования целенаправленно формировать коммуникативную компетентность будущих врачей, включая последипломное образование.

Обучение коммуникационным навыкам должно начинаться, когда студенты в наибольшей степени восприимчивы, то есть на ранних этапах медицинского обучения. Существует опыт учебных заведений, когда на первых этапах обучения начинают подготовку с курса, ориентированного на медицинские коммуникации. Для коррекции несформированности коммуникативных навыков необходима разработка программы, содержащей тренинговые занятия, направленные на совершенствование коммуникативных навыков у врачей-специалистов.

Литература

1. Телеуов М.К., Досмагамбетова Р.С., Молотов-Лучанский В.Б., Мациевская Л.Л. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность: Коммуникативные навыки: – Методические рекомендации. – Караганда. – 2010 г. – 46 с.
2. <http://fb.ru/article/114712/chto-takoe-kommunikabelnost-razberemysya>.
3. <http://womanadvice.ru/test-na-kommunikabelnost#ixzz3SuCaXq5x>.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

*Е. М. Курц, Л. Н. Сви́дерская, О. Ф. Веселова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Резюме

Для реализации современной Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации необходимо решить задачи, связанные с вопросами безопасности и риска применения лекарственных препаратов. Проведенный нами анализ Регистра нежелательных побочных реакций (НПР) в Красноярском крае показал, что такие случаи в нашем регионе имели место. Имеют место случаи отсутствия оформления сообщений о НПР, несмотря на развитие таких реакций.

Для реализации Стратегии эффективной и безопасной фармакотерапии необходимо продолжить работу по регистрации НПР для увеличения эффективности и безопасности фармакотерапии. Осложнения лекарственной терапии можно уменьшить. Можно облегчить страдания и спасти жизнь тысячам пациентов, своевременно сообщив

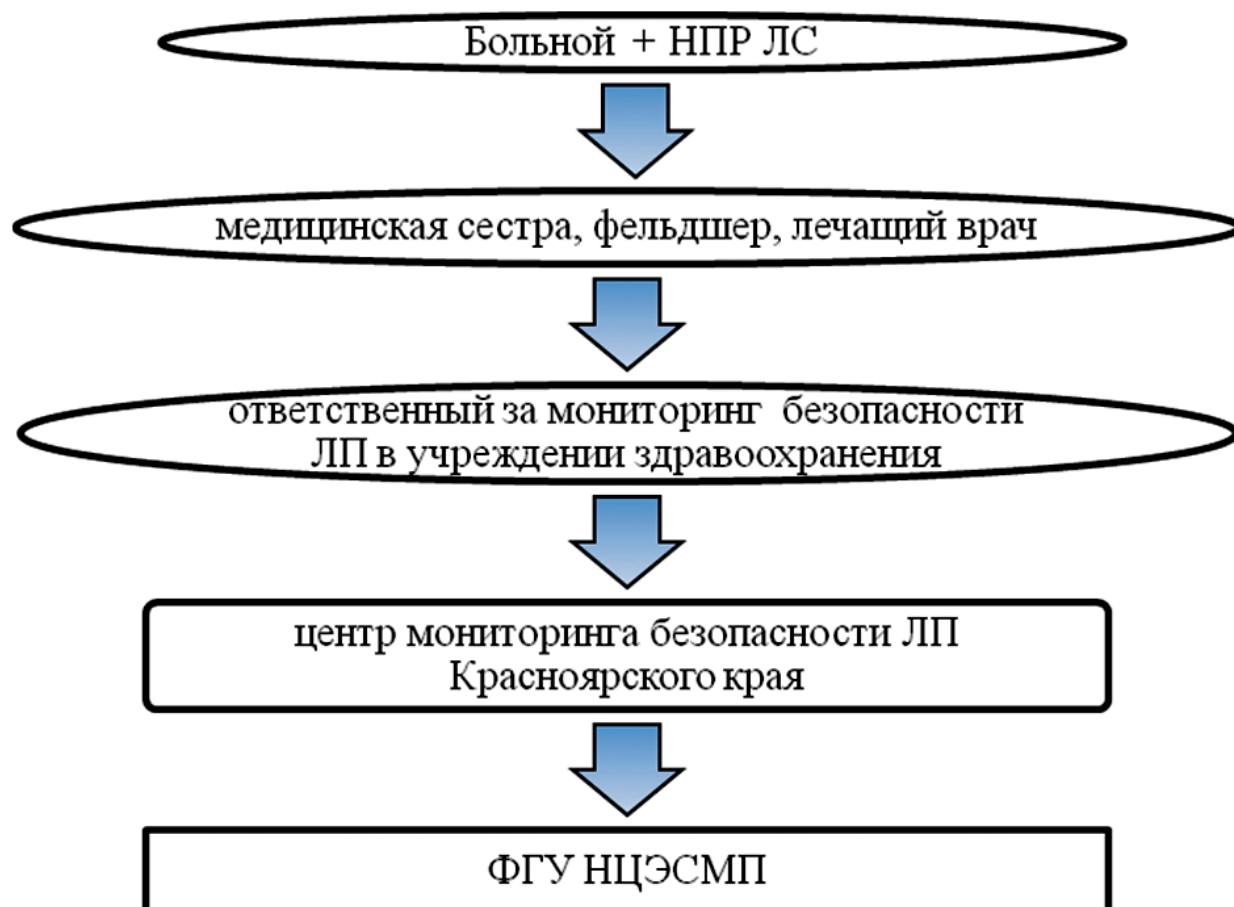
о подозреваемой НПР в региональный или федеральный центр мониторинга безопасности лекарственных средств.

Ключевые слова: лекарственный препарат, нежелательное побочное действие, спонтанное сообщение, регистр НПР.

Введение

Актуальность данной темы определяется, в том числе современной «Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации», утвержденной приказом МЗ РФ № 66 во исполнение Указа Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2012 года.

Цель Стратегии-2025 – повысить доступность качественных, эф-



фективных и безопасных лекарственных препаратов для удовлетворения потребности населения и системы здравоохранения на основе формирования рациональной и сбалансированной с ресурсами системы лекарственного обеспечения населения РФ.

Для достижения этой цели необходимо решить пять задач, три из которых напрямую связаны с вопросами безопасности и риска медицинского применения:

- обеспечение рационального применения лекарственных препаратов для медицинского применения;
- обеспечение безопасности, эффективности и качества лекарственных препаратов для медицинского применения;
- повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Для реализации Стратегии, в соответствии со статьей 64 главы 13 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», лекарственные препараты, находящиеся в обращении на территории Российской Федерации, подлежат мониторингу безопасности в целях выявления возможных негативных последствий их применения, предупреждения пациентов и их защиты от применения таких препаратов.

Субъекты обращения лекарственных препаратов обязаны сообщать обо всех случаях побочных нежелательных эффектов, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, о серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об особенностях взаимодействия лекарственных препаратов с другими лекарственными препаратами, которые были выявлены при проведении клинических исследований и применении лекарственных препаратов.

За несообщение или сокрытие сведений о нежелательных побоч-

ных реакциях лекарственных препаратов лица, которым они стали известны по роду их профессиональной деятельности, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Материалы и методы

В 1997 году Россия была официально принята в Программу ВОЗ по международному мониторингу лекарственных средств. В этой программе участвуют более 100 стран. Федеральный центр мониторинга безопасности лекарственных средств (ФЦМБЛС) начал свою работу в октябре 2007 года.

Для оперативного реагирования на информацию о серьезных нежелательных побочных реакциях в нашей стране созданы региональные центры мониторинга безопасности лекарственных средств, их более 60, практически каждый месяц этот список расширяется.

Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств по Красноярскому краю создан и утвержден приказом № 5 от 15.03.2011 г. МЗ Красноярского края. В медицинских учреждениях края приказом руководителя назначаются лица ответственные за регистрацию случаев НПР ЛС или подозрений на НПР ЛС. Данные об ответственных лицах передаются в КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» (ККМИАЦ).

Во всех случаях выявления и подозрения на наличие НПР ЛС специалистами учреждения здравоохранения информация должна быть доведена до сведения ответственного лица в течение одного рабочего дня. Лица, ответственные за мониторинг безопасности лекарственных препаратов, проверяют поступившую информацию и вносят необходимые данные в программный продукт «Регистр НПР ЛС» в установленные сроки.

В Красноярском крае создан регистр НПР. В случаях выявления

НПР ЛС необходимая информация вносится в программный продукт «Регистр НПР ЛС».

В соответствии с действующим законодательством и рекомендациями ВОЗ должны регистрироваться следующие неблагоприятные побочные реакции лекарственных препаратов:

- нежелательные реакции новых лекарственных средств, включая незначительные (лекарственные средства считаются «новыми» в течение пяти лет после регистрации на рынке);
- серьезные или непредвиденные нежелательные реакции хорошо известных лекарственных препаратов;
- случаи учащения ранее описанных нежелательных реакций;
- нежелательные реакции, связанные с взаимодействием лекарственного препарата с другими лекарственными препаратами, пищевыми добавками и продуктами питания;
- нежелательные реакции при беременности и кормлении грудью;
- нежелательные реакции, связанные с прекращением приема лекарственных препаратов;
- нежелательные реакции, связанные с передозировкой или врачебной ошибкой;
- недостаточная эффективность или предполагаемые фармацевтические дефекты.

Нами проанализирован регистр Красноярского края методом анализа спонтанных сообщений за 2011-2015 гг. Неблагоприятные побочные реакции лекарственных препаратов классифицировались согласно классификации ВОЗ по механизму действия (тип А, В, С, D), по поражению определенной системы органов, по тяжести и последствиям.

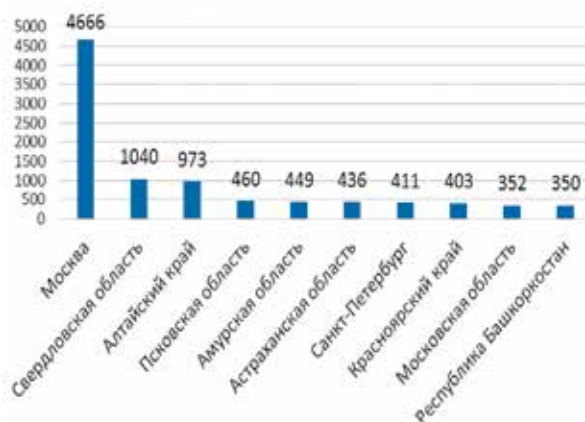
Результаты и обсуждение

Анализ краевого регистра НПР по Красноярскому краю показал, что за пять лет работы (2011-2016) регионального центра число спонтанных извещений о случаях НПР составило 1441 извещение, в том числе за пять месяцев 2016 г. – 135 извещений. По итогам 2014 года, на основании отчета Росздравнадзора РФ, Красноярский региональный центр входит в ТОП-10 по количеству сообщений в России.

Однако, анализируя число врачей, работающих в Красноярском крае, и количество спонтанных сообщений, можно сделать вывод, что количество сообщений должно быть в 4-5 раз больше даже в том случае, если только 10% врачей Красноярского края напишут хотя бы по одному извещению в год. Фактически же число случаев НПР, по данным ВОЗ, у взрослых пациентов составляет 10-20%, а у детей до 30%.

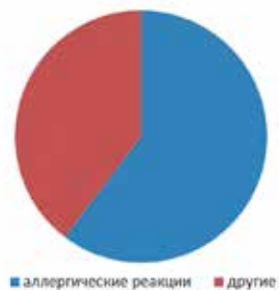
Структура извещений НПР по Красноярскому краю с учетом поражения органов и систем за 2013-2015 гг.

Органы и системы	Количество	%
Аллергическая реакция	420	43,52
Желудочно-кишечный тракт	130	13,47
Органы дыхания	48	4,97
Центральная нервная система	45	4,66
Сердечно-сосудистая система	27	2,8
Кровотворение	18	1,87
Костно-мышечная система	17	1,76
Мочевыделительная система	9	0,93
Печень	4	0,41
Эндокринная система	4	0,41
Итого извещений – 965 (данные 2013-2015 гг.)		



Сравнительный анализ наших данных с результатами спонтанных сообщений Федерального центра по изучению безопасности лекарств Швейцарии в период 1995-1999 гг. свидетельствует о несколько большем количестве НПР, не связанных с дозой: аллергических и меньшем со стороны ЦНС в нашем регионе.

Однако учитывая, что число НПР не связанных с дозой (тип В), в целом: аллергические и др., в нашем регионе составили 60%, дозозависимые (тип А) – 40%, а по данным ВОЗ, в среднем число реакций типа А должно составлять 25%, типа В – 75%, можно сделать вывод, что данное различие в первую очередь связано с несообщением врачами о всех случаях НПР в нашем регионе. Сообщения о НПР типа С и D в нашем регистре не отмечались.



Основные группы лекарственных препаратов, вызывающих нежелательные побочные реакции в нашем регионе:

Распределение ЛС, вызвавших НПР по данным сообщений, поступивших в ЦПЭ ККБ за 2015г



За период 2013-2015 гг. увеличилось число спонтанных сообщений о НПР на препараты российских производителей: за 2013 г. – 34,8%, в 2014 г. – 28,57%, в 2015 г. – 46%, что подтверждает факт увеличения на фармацевтическом рынке препаратов российских производителей.

распределение по возрасту

■ 0-18 ■ 19-65 ■ старше 65



Распределение спонтанных сообщений по возрасту соответствовало обращаемости пациентов в МО края с учетом возраста.

Причинно-следственную связь лекарственное средство – неблагоприятная побочная реакция устанавливали по шести видам, по мере убывания степени достоверности. Достоверный – клинические проявления и нарушения лабораторных показателей, возникающие в период приема препарата, которые не могут быть объяснены наличием заболеваний и влиянием других факторов и химических соединений. Проявления нежелательного эффекта регрессируют после отмены лекарства и возникают при его повторном назначении.

Вероятный – клинические проявления и нарушения лабораторных показателей, связанные по времени с приемом лекарства, которые вряд ли имеют отношение к сопутствующим заболеваниям или другим факторам и которые регрессируют с отменой препарата. Ответная реакция на повторное назначение неизвестна.

Возможный – клинические проявления и нарушения лабораторных показателей, связанные по времени с приемом препарата, но которые можно объяснить наличием сопутствующих заболеваний или приемом других лекарств и химических соединений. Информация о реакции на отмену лекарства неясная.

Сомнительный – клинические проявления и нарушения лабораторных показателей при отсутствии четкой временной связи с приемом лекарства; имеются другие факторы (лекарства, заболевания, химические вещества), которые могут быть причиной их возникновения.

Совместно с кафедрой фармакологии с курсами КФ, ФТ и ПО КрасГМУ в 2015 г. проведено анкетирование 312 врачей различного профиля (из них 64 анкеты КГБУЗ ККБ). По анкете, содержащей 16 вопросов и ответов, проведен опрос врачей, позволяющий оценить уровень их заинтересованности в вопросах безопасности фармакотерапии, информированности по вопросам организации системы фармаконадзора и причины низкой активности по регистрации выявленных НПР. Из 312 респондентов – врачей различных специальностей по профилям: терапия – 152 человека (49,03%), хирургия – 84 человека (27,10%), неврология – 54 человека (17,42%), анестезиология-реаниматология 10 человек (3,23%), клиническая фармакология – 12 человек (3,87%).

Большинство врачей верно давали определение терминам «фармаконадзор» – 86,2% и «неблагоприятная побочная реакция» – 89,4. При выявлении НПР большинство врачей (70,2%) отменяют подозреваемый ЛП; 60,2% делают запись в истории болезни/амбулаторной карте; 44,9% устанавливают связь приема ЛП и развившейся НПР; 48,4% заполняют специальную форму.

Причины несообщения о НПР: в 35,9% случаев отмечена «нехватка времени»; в 23,7% случаев – «незнание, куда и как отправить информацию». Каждый десятый респондент считает, что информацию о НПР не нужно отправлять, если этот побочный эффект указан в инструкции по применению или его можно легко купировать приемом другого ЛП; 8,3% считает нецелесообразным передачу данных о НПР; 4,8% опрошенных врачей испытывают боязнь административных мер.

Выводы

Таким образом, изучение безопасности каждого лекарственного препарата фактически продолжается в течение всего периода его использования в медицинской практике. Ведущую роль в этом процессе играют работники практического здравоохранения. От их ответственного, профессионального и гражданского отношения к выявлению и регистрации нежелательных побочных реакций на лекарственные средства и активного участия в работе службы контроля безопасности лекарств во многом зависит своевременное выявление лекарственных осложнений и принятие необходимых административных мер по предупреждению нежелательных побочных реакций: внесение изменений в инструкцию, ограничение применения лекарственных средств и т.д.

Активность медицинских организаций (МО) Красноярского края в системе фармаконадзора напрямую зависит от наличия в их структуре врача – клинического фармаколога. Необходимо продолжить обучение врачей правилам заполнения извещений НПР. Осложнения лекарственной терапии можно уменьшить.

Можно облегчить страдания и спасти жизнь тысячам пациентов, своевременно сообщив о подозреваемой неблагоприятной побочной реакции (НПР) в региональный или федеральный центр мониторинга безопасности лекарственных средств.

Литература

1. Лепехин В.К., Романов Б.К., Торопова И.А. Анализ сообщений о нежелательных реакциях на лекарственные средства. Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2012. № 1. С. 22-25.
2. Мониторинг безопасности лекарственных препаратов на территории Красноярского края (методические рекомендации). Красноярск. 2011. 19 с.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.08.2010 г. № 757н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения».
4. Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (в ред. Федеральных законов от 27.07.2010 г. № 192-ФЗ, от 11.10.2010 г. № 271-ФЗ, от 29.11.2010 г. № 313-ФЗ, от 06.12.2011 г. № 409-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ, от 25.12.2012 г. № 262-ФЗ, от 02.07.2013 г. № 185-ФЗ, от 25.11.2013 г. № 317-ФЗ, от 12.03.2014 г. № 33-ФЗ, от 22.10.2014 г. № 313-ФЗ, от 22.12.2014 г. № 429-ФЗ (ред. 13.07.2015 г.), от 08.03.2015 г. № 34-ФЗ, от 29.06.2015 г. № 160-ФЗ, от 13.07.2015 г. № 233-ФЗ, от 13.07.2015 г. № 241-ФЗ, от 13.07.2015 г. № 262-ФЗ, от 14.12.2015 г. № 374-ФЗ, от 29.12.2015 г. № 389-ФЗ).
5. Федеральный закон от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 21.07.2011 г.) «Уголовный кодекс Российской Федерации».

ЮБИЛЕЙ

КРАСНОЯРСКОМУ КРАЕВОМУ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ – 15 ЛЕТ

Приказ о создании Гнойно-септического центра на базе краевой клинической больницы был подписан 23 мая 2001 года. Лучшим подарком к юбилею Центра будут воспоминания его создателя и идейного вдохновителя, профессора Александра Генриховича Швецкого.

– Прошло 15 лет со дня открытия Красноярского гнойно-септического центра. Мне уже 86 лет, и многое в моей памяти поблекло, но все, что привело к его созданию, так же ярко, как будто произошло вчера.

Естественно, центр никогда бы не «родился» без активнейшего участия главного врача краевой клинической больницы Бориса Павловича Маштакова и многих других энтузиастов. Не могу не упомянуть, что и время для создания центра было благоприятным – Красноярский центр был в Российской Федерации третьим или четвертым.

Мое участие в создании центра связано, если так можно выразиться, с профессиональным хобби: неизбывным интересом к проблемам ГХИ (гнойной хирургической инфекции) – проблемам возникновения гнойно-септических заболеваний, осложнений и их профилактики, которой я занимался на протяжении всей своей врачебной, научной и педагогической деятельности.

Все началось в 1949 году, когда на третьем курсе института я доложил на конференции СНО о том, что при обкалывании послеоперационных ран пенициллином частота нагноений снижается почти вдвое. Для получения эффекта требовалось всего 5 тыс. ед. антибиотика.

К середине 1950-х годов дозы пенициллина увеличились в десятки раз, появились не только устойчивые, но и антибиотико-зависимые штаммы стафилококка. В Англии заговорили о «стафилококковой чуме»! Нескончаемое соревнование между Цивилизацией и Природой проявилось в сфере микробной изменчивости и производстве антибиотиков.

К началу 1970-х годов бактерионосительство среди медсестер превышало 50%, среди санитарок – 30%, среди врачей – 10%. С учетом возможности внутрибольничного инфицирования, операционные блоки начали отделять от стационара. В 1958 году во время турпоезд-



ки в ГДР мне удалось побывать в такой операционной, только пройдя через душевую и полностью переодевшись в «больничную» одежду.

Известен афоризм Гиппократ: «Природа лечит, а врач помогает». Это «лечение» осуществляет воспалительная реакция, которая протекает тем адекватнее, чем меньше травма, вплоть до степени затягивания хирургических швов, в крайнем варианте приводящему к некрозу. Отсюда все более широкое использование сшивающих аппаратов и эндоскопических методик.



Май 2001 года. Губернатор Красноярского края Александр Лебедь и главный врач Красноярского края Иван Шнайдер открывают Гнойно-септический центр



Бывший главный врач краевой клинической больницы Борис Маштаков приложил много усилий по организации Центра

Понятие стерильность относится лишь к предметам. В любой ране всегда присутствуют микробы, однако если их количество меньше 5000 на гр. ткани, рана считается стерильной и может быть ушита либо закрыта свободной пластикой кожи. В то же время уже 600 микробных тел вместе с шовным материалом (инородное тело!) вызывают нагноение раны.

В патогенезе ГХИ имеет значение и транзитная бактериемия (ТБ), которая сопутствует практически любым врачебным манипуляциям. Например, после эзофагогастродуоденоскопии ТБ описана в

8% случаев, после колоноскопии — в 27%, после интубации трахеи — в 25%. По мнению большинства исследователей ТБ нередко возникает как стрессовая реакция, и ее воротами является слизистая желудочно-кишечного тракта. Мало того, в экспериментах с мечеными микробными культурами показано, что нагноение значительно чаще вызывает именно культура, введенная в вену, а не в рану.

О механизмах иммунной защиты — главном оружии Природы в борьбе с ГХИ — можно говорить до бесконечности. Ими я интересовался с конца 1960-х годов, когда в Центральной научно-исследовательской

Прямая речь



Руководитель ККГСС с 2007 года профессор Дмитрий Черданцев:

— Сегодня люди умирают от сепсиса гораздо чаще, чем написано в свидетельствах о смерти. Сепсис — недооцененный убийца.

Международная классификация болезней построена по принципу привязки диагноза к определенной системе органов. Сепсис проникает везде, гнойных осложнений огромное количество, но они часто не учитываются МКБ. Критерии сепсиса размыты, нуждаются в доработке. Буквально сепсис — пиемия, заражение крови. Но ведь маленький фурункул, который не поставляет гной в кровотоки, уже дает общую картину септического воспаления — боль, температуру, интоксикацию. Этот фурункул может стать причиной смерти больного, если он, например, локализован на лице или шее и «прорывается» в мозговые оболочки.

На самом деле, число больных, погибающих от сепсиса, равно числу умерших от сердечно-сосудистых заболеваний. И краевая клиническая больница — средоточие самых тяжелых септических больных. Поэтому Гнойно-септический центр располагается именно у нас.

Наши больные настолько тяжелые, что я бы советовал молодым хирургам вначале поработать на потоке — в менее крупных клиниках, а уже потом приходить в краевую, куда стекается самый тяжелый сепсис со всего края. Поэтому именно в нашей многопрофильной больнице было уместно создать Гнойно-септический центр.

В 1988 году, в момент введения в эксплуатацию главного корпуса больницы, в нем находились 60 гнойных коек — одно из самых крупных отделений в крае. Но Центр — это особая структура, объединяющая, образующая замкнутый цикл: гнойное отделение, гнойная реанимация, гнойная операционная, перевязочная. Еще одно условие — высокий этаж. Мы располагаемся на восьмом этаже, и наша флора не располагается по больнице, выше только Ожоговый центр.

лаборатории (ЦНИЛ) Красноярского государственного медицинского института начала функционировать иммунологическая лаборатория. И тут нельзя не вспомнить о Лидии Борисовне Захаровой, руководившей ЦНИЛ, подогревавшей мой интерес и постоянно помогавшей в этой работе. Нельзя не упомянуть и о Геннадии Викторовиче Булыгине, который начал заниматься цитохимией лейкоцитов еще в студенческом кружке кафедры общей хирургии, а с образованием кафедры аллергологии и иммунологии стал ее первым заведующим.

Однако в проблемах, связанных с ГХИ, меня более всего интересовали причины ее генерализации. В качестве местных факторов важнейшим является недостаточное дренирование гнойного или травматического очага, создающее условия для вторичного некроза тканей и интоксикации продуктами распада тканей и микробными токсинами. Различные методы проточного и сорбционного дренирования были недостаточно эффективны.

В нашей клинике под руководством Бориса Степановича Гракова был разработан и нашел широкое применение метод трансмембранного диализа, предложенный Селезовым, позволяющий непрерывно удалять из раны продукты интоксикации и одновременно вводить в нее антибактериальные и другие необходимые препараты.

Каждый практикующий хирург сталкивается с тем, что генерализация ГХИ периодически происходит в совершенно неожиданных случаях, приводит к сепсису и нередко заканчивается смертью. Теоретически было понятно, что такие случаи могут быть связаны с генетическими особенностями клеточного метаболизма, но нужны были доказательства. Их поиском мы занялись вместе с Натальей Ивановной Камзалаковой, в середине 1980-х годов проходившей клиническую ординатуру на кафедре хирургии № 2.

Параллельное изучение динамики 19 иммунологических показателей и HLA-фенотипов «А» и «В» у больных с генерализованной формой ГХИ (ГГХИ), а также у лиц, перенесших ГГХИ с анамнезом до 10 лет, с высокой достоверностью показало связь ГГХИ с фенотипом больного. А исследование структурно-метаболических параметров лимфоцитов



Оперирует заведующий отделением гнойной хирургии Вячеслав Дятлов

позволило подойти не только к пониманию причин иммунодефицита, но и к прогнозированию летального исхода заболевания. Естественно, одновременно разрабатывались адекватные методы иммунокоррекции.

После этого короткого «исторического» экскурса разрешите сформулировать проблемы, связанные с диагностикой и лечением гнойно-септических заболеваний и осложнений. Среди этих проблем целесообразно выделить первично связанные с больным:

1. Состояние иммунной системы и выраженность воспалительной реакции тканей больного (Природа лечит...).



Заведующий гнойной реанимацией Кирилл Беляев

В гнойной реанимации проходят лечение больные из разных профилей — нейрохирургические, абдоминальные, травматологические, акушерские. В этом и есть системный характер сепсиса.

Лечение септических больных обходится бюджету дорого, а главное — пациенты лечатся долго. Наши больные, пострадавшие, измученные, много пережившие люди, что накладывает отпечаток на профессию гнойного хирурга и реаниматолога. Эксклюзивность нашего ремесла — долгое общение с больным. Гнойные хирурги — особая когорта врачей, их главное качество — упорство, готовность вкладывать много сил в конкретного человека. Плюс повышенное внимание к больному: гнойный хирург при всей технологизации медицины должен обладать клиническим мышлением и интуицией. Сделать еще один разрез не так сложно, но как уловить нужный для этого момент? Гнойные хирурги щадят больного — они знают меру вмешательства в организм изможденного человека. Хотя среди наших пациентов есть невероятно стойкие люди. Например, мы вынуждены были 12 раз оперировать пациентку с панкреонекрозом, но женщина выдержала, выписалась домой. Конечно, это наша общая радость.

Что касается коллектива Гнойно-септического центра, могу сказать коротко: лишних людей среди врачей и медицинских сестер нет. У нас боевая команда, преданная делу. Молодые врачи — трудяги, тянутся за старшими, опытными. Отличные заведующие: отделением гнойной хирургии руководит Вячеслав Юрьевич Дятлов, гнойной реанимацией — Кирилл Юрьевич Беляев. Они личным примером ведут за собой людей.

За 15 лет мы пролечили около 12 тысяч человек в отделении гнойной хирургии и около 7 тысяч — в реанимационном отделении. За это время в нашу повседневную деятельность вошли новые технологии — низкочастотный ультразвук, вакуумная терапия. Для лечения анаэробных инфекций используем гипербарическую оксигенацию. Мы пользуемся в работе всеми современными методиками детоксикации. Применяем липополисахаридную сорбцию — с помощью этой технологии из кровотока убираются токсины самой «злой» грамм-отрицательной флоры. Используем малоинвазивные методы лечения.

Любое развивающееся подразделение нуждается в ресурсах. Средства нужны — и на оборудование, и на новые технологии. Один пациент с сепсисом обходится бюджету в несколько сотен тысяч рублей. Гнойная хирургия — очень дорогая, но не дороже человеческой жизни. Наши сотрудники это понимают. Благодаря врачей и медицинских сестер за преданность и честное отношение к профессии.



2011 год. Коллектив Гнойно-септического центра

2. Состав микрофлоры, ее устойчивость к антибиотикам, пути микробной инвазии, уровень микробной обсемененности, бактерионосительство персонала.

3. Общее состояние больного в связи с основным и сопутствующими заболеваниями.

4. Характер и объем хирургического вмешательства, связанные с конкретным заболеванием или травмой.

К проблемам, зависящим от медицинской службы, относятся:

— мониторинг и коррекция пп 1 и 2;

— уровень диагностики;

— разработка новых методов диагностики и лечения и создание соответствующих стандартов (протоколов);

— вопросы обустройства и финансирования службы ГХИ.

Учитывая конвекцию воздушных потоков в здании, гнойное отделение и гнойная реанимация должны располагаться в непосредственной близости и исключительно на верхнем этаже. Гнойная операционная, естественно, должна находиться тут же, а не в общем операционном блоке. Таким образом, складывается отдельное подразделение, которое становится основой для Гнойно-септического центра.

Такой центр, особенно реанимационное отделение и операционная, должен быть оснащен отдельной системой приточно-вытяжной вентиляции и фильтрации-стерилизации притекающего воздуха. Кроме того, центр должен иметь необходимое дополнительное лечебное и диагностическое оборудование (барокамеру, рентгенаппарат, УЗИ и пр.), поскольку транспортировка больных из гнойной реанимации может быть затруднительна, а кабинеты должны после этого подвергаться генеральной уборке, приостанавливающей их работу.

Естественно, высокий уровень работы Гнойно-септического центра связан с решением проблем, обозначенных в пп 1 и 2, то есть с коррекцией нарушений в иммунной системе больных ГХИ, а также с постоянным мониторингом состава микрофлоры, ее устойчивости к антибиотикам, бактериальной обсемененности и бактерионосительства персонала.

В середине 1990-х годов никаких «стандартов диагностики и лечения» не существовало, и мы начали их разрабатывать одними из первых в России, что также могло быть положено в основу работы Гнойно-септического центра.

15 лет назад я познакомил с этими соображениями главного врача краевой клинической больницы Бориса Павловича Маштакова, и он нашел их достаточно убедительными. На подготовку проектной документации, изыскание средств, передислокацию отделений, их реконструкцию и оборудования центра ушло около четырех лет.

23 мая 2001 года специально прибывший батюшка освятил новое подразделение, а губернатор Красноярского края Александр Иванович Лебедь вместе с начальником управления здравоохранения администрации Красноярского края Иваном Андреевичем Шнайдером перерезали ленточку у входа.

Этот день можно считать днем рождения Красноярского краевого гнойно-септического центра.

С организацией и становлением центра неразрывно связаны имена заведующего кафедрой анестезиологии и реанимации Игоря Павловича Назарова, заведующих отделениями: Андрея Викторовича Степаненко (гнойное отделение) и Кирилла Юрьевича Беляева (отделение реанимации и интенсивной терапии), заместителя главного врача по хирургии Валерия Ивановича Иванцова. Неоценимую роль сыграли заведующая кафедрой аллергологии и иммунологии Наталья Ивановна Камзалакова и многие другие.

Осенью 2001 года центр посетила заместитель председателя Правительства России Валентина Матвиенко, в 2002 году с его устройством и работой познакомился главный хирург России Владимир Федоров. Их отзывы были весьма благоприятными.

Мне пришлось руководить центром менее полугода, после чего я не только вышел на пенсию, но и уехал из России. Но я счастлив, что остался в памяти коллег, что создание центра повлияло на оказание помощи больным ГХИ и ГГХИ, на снижение летальности, уменьшение длительности лечения, что отработанные в центре стандарты диагностики и лечения больных ГХИ обязательны для использования во всех лечебных учреждениях Красноярского края.

Я позволил себе повторить многие общеизвестные медицинские факты, так как убежден, что они навсегда останутся принципиальными.

Поздравляю всех сотрудников центра с юбилеем и искренне желаю им всяческих успехов!

ЮБИЛЕЙ

ОТДЕЛ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ ОТМЕЧАЕТ 30-ЛЕТИЕ



Олег Черкашин,
начальник отдела АСУ:

— История нашего подразделения началась в 1986 году, когда в должности начальника отдела был утвержден Михаил Вохмин. Это была докомпьютерная эра — работали вычислительные машины огромного размера, информация записывалась на перфокартах. Отдел занимался медицинской статистикой, выполнял бухгалтерские и экономические задачи.

Сохранился приказ от 1992 года о реорганизации отдела АСУ нашей больницы в краевой отдел АСУ. Это означает, что четверть века назад информационные технологии,

внедренные в ККБ, уже были самыми передовыми в крае. Известно, что какое-то время работали два отдела АСУ — один, краевой, располагался в легочном корпусе, второй — в главном. Управляла ими семейная пара Богачовых: Валерий руководил краевым отделом, а Наталья — больничным. Именно краевой отдел АСУ впоследствии превратился в КМИ-АЦ — важную структуру в здравоохранении Красноярского края.

В 1992 году в больнице уже было 13 компьютеров, до 1999-го их количество выросло до 32. В сеть были объединены всего три компьютера в приемном покое. В штате работали семь сотрудников, ими разработаны программы «Диета», «Аптека», «Бухгалтерия», «Приемный покой», «Поликлиника», «Сигнальные карты по поликлинике», «Форма №7», «Кадры».

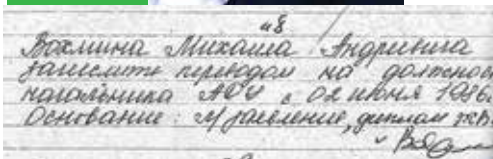
Следующий начальник отдела АСУ Сергей Гусев внес огромный вклад в развитие подразделения. С 1999 по 2006 год количество компьютеров выросло в восемь раз, при Гусеве появился Интернет, началось создание информационной системы. В 2003 году она пришла в поликлинику, и очереди резко уменьшились. Этому способствовала дистанционная запись на прием по электронной почте. Пациент из района ехал в Красноярск не наобум, он знал, что в назначенный день врач в краевой больнице его непременно примет. Сегодня — и это известно всем — в регистратуре вообще нет очередей. Пациенты, дистанционно записанные на прием и полностью обследованные по месту жительства, минуя регистратуру, сразу идут на прием к специалисту.

После Гусева отдел четыре года возглавлял Александр Стюхин. Его в 2010 году сменил энергичный и творческий Виталий Азанов. При нем отдел АСУ стал стратегическим, жизненно важным подразделением крупнейшей клиники края.

Судите сами: локальной сетью сегодня охвачены все корпуса больницы, создана «Виртуальная поликлиника», внедрена медицинская информационная система. Достигнута высокая степень автоматизации аптеки, бухгалтерии, кадров, пищеблока, внедрена система управления госпитализацией и операционным планом, создан контакт-центр, внедрена PACS-система, создан



Михаил Вохмин



Валерий Богачов



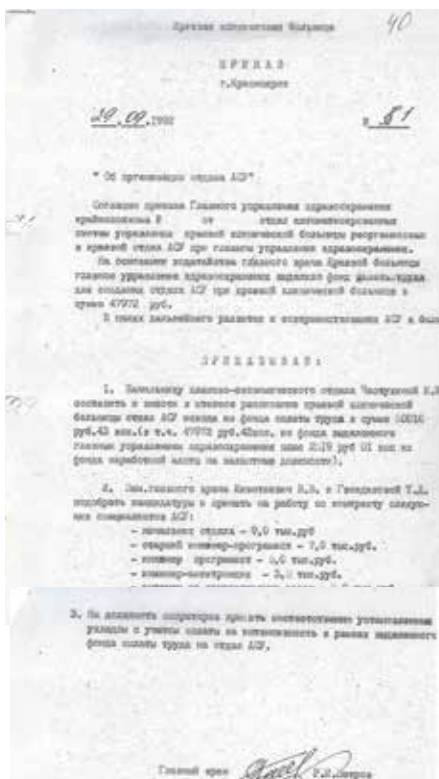
Наталья Богачова



Середина 1990-х. Команда Богачова



Сергей Гусев





корпоративный портал, запущен внешний сайт больницы, появился личный кабинет пациента, создана система санитарной авиации, развиты телемедицинские услуги (мониторинг ОКС, ОНМК, Ренген, ДТП).

Информационные технологии — это не просто помощь в работе медикам и комфорт для пациентов. Они действительно влияют на смертность в Красноярском крае — облегчают диагностику, позволяют многократно ускорить оказание медицинской помощи.

Именно фактор влияния на смертность населения определяет значимость отдела АСУ краевой больницы для всего краевого здравоохранения. У нас учатся, перенимают технологии другие лечебные учреждения. Наш отдел — один из самых авторитетных

среди коллег не только в крае, но в СФО и на Дальнем Востоке.

Мы гордимся своим прошлым и настоящим и сделаем все, чтобы оставаться лучшими.

В ближайшие три года мы планируем:

- совершенствование текущих информационных ресурсов и распространение их на другие больницы региона;
- создание системы контроля задач и решений, электронный документооборот;
- минимизацию сроков пребывания пациента на амбулаторном этапе с момента подачи заявки до принятия заключительного решения по пациенту;
- развитие телемедицинских технологий и увеличение объема дистанционных медицинских услуг;
- создание системы мониторинга ключевых показателей больницы;
- разработку программного обеспечения для платных медицинских услуг;
- совершенствование МИС qMS (расписание диагностических услуг, назначение медикаментов, статистика, более тесная интеграция с информационными системами ККБ и т.д.);
- совершенствование контакт-центр с наделением новыми функциями;
- развитие обратной связи с пациентом после лечения в ККБ.



Регистратура поликлиники: в 2000 году...



... и в 2016-м



Дружный коллектив АСУ сегодня

Необыкновенный
Casus **extraordinarius**
случай

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ИНФУЗИЕЙ

А. В. Протопопов, Т. А. Кочкина, К. В. Кочкина,
Я. О. Федченко, К. А. Рудых, В. Ю. Дятлов, Е. Ю. Тепляков

Критическую ишемию сосудов нижних конечностей вызывают атеросклероз, диабетическая ангиопатия, эндартериит, острый тромбоз артерий. Частота встречаемости данных патологий увеличивается ежегодно. По данным Трансатлантического консенсуса, это число достигает 500-1000 на 1 млн. населения в год, поэтому актуальность разработки и внедрения эффективных методов лечения, сохраняющих конечность, не вызывает сомнений.

Критическая ишемия конечности проявляется недостаточностью кровообращения за счет стенозов или окклюзий сосудов, что приводит к дисбалансу между обеспеченностью кислородом и запросами тканей для поддержания жизнеспособности. Лечение таких пациентов заключается в восстановлении просвета сосудов с помощью открытой операции или реваскуляризации в условиях рентгенооперационной.

Вмешательства направлены на улучшение микроциркуляции в дистальных отделах сосудистого русла. Заболевание проявляется выраженными болями в нижних конечностях, невозможностью свободно передвигаться, а в дальнейшем, без должного лечения, развиваются трофические язвы, гангрена пальцев и стоп с переходом на голень. Закономерным исходом заболевания является ампутация нижней конечности.

При осмотре пораженная конечность холодная на ощупь, болезненна при пальпации, отсутствует пульсация на крупных артериях, отмечается покраснение и ее вынужденное положение, а также трофические нарушения. Подтвердить данный диагноз помогают МСКТ и УЗИ (ДС с ЦДК).



Стенозы левой ПБА на протяжении



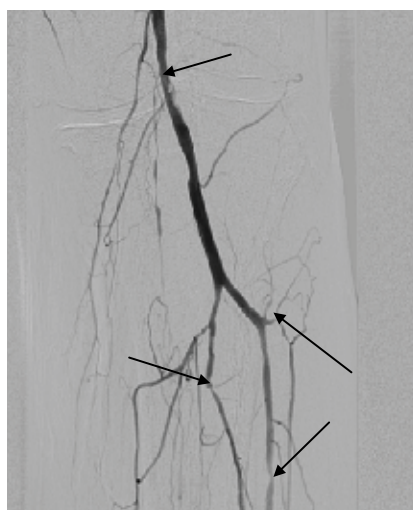
Стенозы правой и левой подколенной артерии



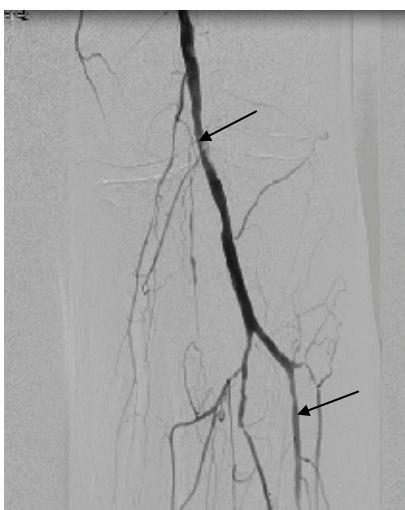
Стенозы АБА на протяжении

Клинический случай

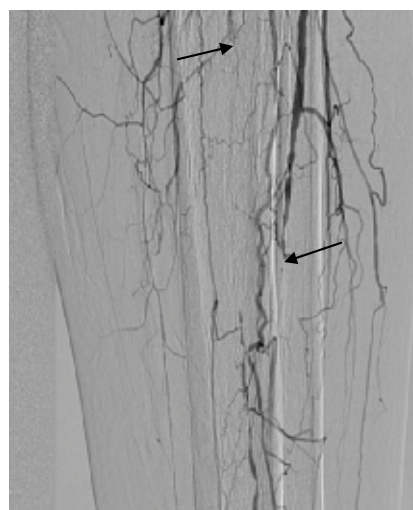
Пациент М., 67 лет, поступил в приемный покой с жалобами на боли в левой нижней конечности, усиливающиеся при ходьбе, парестезии, наличие гнойной раны на IV пальце левой стопы. Из анамнеза известно, что пациент много лет страдает облитерирующим атеросклерозом, регулярно получает стационарное лечение в ЦРБ по месту жительства.



Стенозы подколенной артерии, ПБА и окклюзия АБА до вмешательства.



Выполнена баллонная ангиопластика подколенной артерии и 1/3 ПБА



Стрелками указаны протяженная окклюзия ср/3 ПБА и ср/3 АБА

При осмотре: выраженный отек левой голени и стопы, гиперемия, пальпация болезненная, у основания IV пальца гнойно-некротическая рана с гнилостным запахом 1,5х1,5 см. Пульсация на подколенных артериях не определяется. Установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей; окклюзия на уровне подколенных артерий; ишемия IV по А.В. Покровскому; начинающаяся гангрена IV пальца левой стопы. Проведено дополнительное обследование в объеме ДС с ЦДК сосудов нижних конечностей, МСКТ с контрастированием – подтверждены поражения подколенных сегментов артерий обеих конечностей, фрагментарный характер кровотока голени.

Пациент обсужден коллегиально сосудистыми хирургами, хирургами отделения гнойной хирургии и рентгенхирургами. Принято решение этапного лечения пациента: попытка рентгенэндоваскулярной реканализации с последующей хирургической коррекцией поврежденных тканей стопы.

Пациент после медикаментозной подготовки (двойная антиагрегантная терапия) взят в рентгенооперационную. На ангиографии визуализируются атеросклеротические изменения артерий нижних конечностей, кальциноз артерий, стеноз левой ПодКА 70-80%, окклюзия ЗББА в 1/3, окклюзия МБА в 1/3, стенозы 1/3 ПББА на протяжении 30-70%, окклюзия ПББА в ср/3. Дистальные отделы ПББА, МБА и артерий стоп заполняются перетоками через систему коллатералей.

Пациенту выполнена реканализация левой ПББА, РЭД ПББА баллонным катетером диаметром 2,5 и 3 мм, установлен стент. Синус в средней трети ПББА – 3,5х28 мм, РЭД подколенной артерии баллонным катетером диаметром 5 мм. Кровоток по подколенной артерии, ПББА и артериям стопы восстановлен.

Несмотря на удовлетворительный ангиографический результат вмешательства, для достижения значимого клинического улучшения данной группе пациентов требуется многокомпонентная медикаментозная поддержка (антибиотикотерапия, препараты, улучшающие реологию крови, спазмолитики), а наиболее эффективным способом введения препаратов считается внутриаартериальная инфузия. Поэтому для поддержания полученного кровотока по артериям левой нижней конечности пациент переведен в отделение реанимации для наблюдения и проведения внутриаартериальной инфузии гепарином, цефтриаксоном, пентоксифиллином, дротаверином по принятой в клинике схеме в течение трех дней.



Пациент лишился IV пальца, но стопу удалось сохранить

Через семь часов после вмешательства у пациента уменьшился отек голени и стопы, болевой симптом, отметили потепление стопы. Через три дня сохранялся незначительный отек тыла стопы и голени, гиперемия, умеренная болезненность за счет гангрены IV пальца. Пульсация на артериях стопы отчетливо определялась, что позволило выполнить второй этап лечения – через шесть дней с момента реканализации в операционной гнойной хирургии удален IV палец левой стопы.

Уже через 11 дней пациент выписан в удовлетворительном состоянии с исчезновением клиники отека ноги, значительным снижением болевого синдрома. Рана зажила первичным натяжением.

Выводы

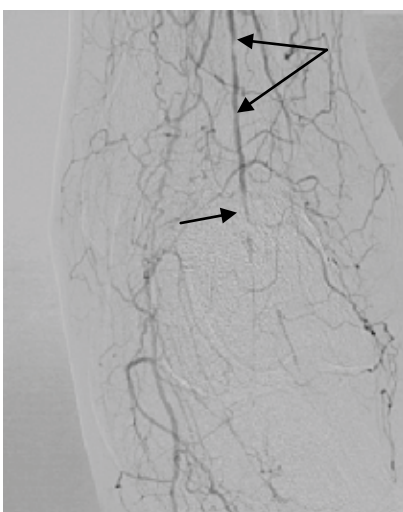
Для спасения пациентов с критической ишемией нижних конечностей на современном этапе необходимо сочетание эндоваскулярных и хирургических методик. Тщательное планирование вмешательств, определение их этапности, соблюдение стандартов медикаментозной терапии, особенно с применением наиболее эффективных способов введения препаратов (внутриаартериальной инфузии), позволит значительно снизить процент инвалидизации среди пациентов.

Литература

1. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей, 2013 г., стр. 35-40, академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия, академик РАМН А.В. Покровский.
2. Рентгено-эндоваскулярная хирургия, 1987 г., стр. 143-157, И.Х. Рабкин, А.Л. Матвеев, Л.Н. Готман.
3. Межобщественный согласительный документ по ведению пациентов с заболеванием периферических артерий, TASC II.



Восстановленный кровоток после реканализации и ангиопластики ПББА.



Стенозы дист/3 ПББА и окклюзия тыльной артерии стопы от устья



Восстановленный кровоток после реканализации и ангиопластики дист/3 ПББА.

ПАЦИЕНТКА С ДИССЕМИНАЦИЕЙ В ПРАКТИКЕ ПУЛЬМОНОЛОГА

И. В. Демко, Е. А. Пучко, Н. В. Гордеева, М. Г. Мамаева, С. В. Зеленый, И. С. Гусева,
А. А. Новикова, А. А. Пузина, Е. А. Собко, А. Ю. Крапошина, И. А. Соловьева
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Резюме

В статье представлен случай гиперчувствительного пневмонита у 21-летней пациентки. Сложность диагностики гиперчувствительного пневмонита объясняется малой осведомленностью врачей относительно этого заболевания, а также необходимостью проведения специальных высокотехнологичных методов обследования.

Ключевые слова: гиперчувствительный пневмонит, экзогенный аллергический альвеолит.

Гиперчувствительный пневмонит (ГП) представляет собой легочный синдром, объединяющий целый спектр патологических состояний (гранулематоз, интерстициальные и бронхоальвеолярные воспалительные реакции), возникающий в результате развития сенсибилизации от неоднократной экспозиции органической пыли или низкомолекулярных агентов неорганической природы [1, 3].

Чаще всего ГП возникает из-за сенсибилизации различными аллергенами домашнего окружения. В частности, заболевание связывают с проживанием в сырых помещениях, тесным контактом с домашними животными и птицами [5, 6].

Термин «экзогенный аллергический альвеолит» был предложен J. Perus в 1967 году. В литературе встречаются другие названия этой патологии: «гиперчувствительный пневмонит», «ингаляционная пневмопатия», «диффузная интерстициальная пневмония», «интерстициальный гранулематозный пневмонит», «зерновая лихорадка» [2, 4, 7].

Диагностика ГП представляет существенные сложности, нередко приводит к постановке ошибочного диагноза. Это объясняется малой осведомленностью врачей относительно этого заболевания, а также необходимостью проведения специальных высокотехнологичных методов обследования [5].

Собственное клиническое наблюдение

В связи с выше изложенным, приводим клинический случай пациентки, у которой несвоевременная постановка диагноза ГП привела к тяжелому хроническому течению болезни с формированием фиброза легких.

Пациентка К. впервые поступила в отделение пульмонологии ККБ в возрасте 21 года с жалобами на одышку, усиливающуюся при незначительной нагрузке, кашель с выделением слизистой мокроты, слабость. Из анамнеза известно, что пациентка больна с раннего детства: частые простудные заболевания, протекающие с длительным кашлем с выделением мокроты. В возрасте восьми лет обследовалась в туберкулезном диспансере: данных за туберкулез не найдено.

В 1995 году в связи с появлением бронхообструктивного синдрома в детском отделении краевой клинической больницы был выставлен диагноз атопическая бронхиальная астма. Была назначена базисная терапия инталом, без эффекта. В 2002 и 2004 годах повторные госпитализации в детское пульмонологическое отделение по поводу обострения бронхолегочной инфекции. С учетом клинко-рентгенологической картины, выставлен диагноз хронический деформирующий бронхит.

В то же время было проведено обследование на муковисцидоз в медико-генетической консультации (потовый тест, генетическое исследование). Данных за муковисцидоз

В 2008 году при проведении МСКТ органов грудной клетки выявлено увеличение лимфоузлов корней легких, паратрахеальной и парааортальной группы до 13 мм, в легочной ткани множественные перилемфатические очаги до 0,5 см в диаметре с перибронховаскулярными муфтами и участками повышенной плотности по типу «матового стекла», обнаружены признаки фиброза, деформации просветов бронхов.

По результатам бодиплетизмографии выявлен рестриктивный вариант изменения механических свойств легких: общая емкость легких (ОЕЛ) резко снижена за счет снижения жизненной емкости легких (ЖЕЛ), внутригрудной объем (ВГО) умеренно снижен. По данным спирометрии резко снижены такие показатели, как ЖЕЛ 30,6% и ОФВ1 33,1%, а соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ составило 94,9%.

С целью уточнения диагноза при госпитализации в отделение пульмонологии краевой клинической больницы проводилась чрезбронхиальная биопсия легочной ткани. Получено заключение: фрагмент слизистой бронха, эпителий без патологии; необходимо повторить биопсию из-за недостаточного количества материала. С учетом клинической картины, МСКТ данных, показателей спирометрии, бодиплетизмографии больной выставлен диагноз саркоидоз, легочно-медиастинальная форма, прогрессирующее течение, активность II.

В лечении были назначены преднизолон 20 мг в сутки, сальметерол / флутиказон 25/250 мкг по 2 вдоха 2 раза в день, ацетилцистеин 600 мг в сутки, витамин Е 400 мг в сутки, пентоксифиллин 300 мг в сутки, спиронолактон 75 мг в сутки. Через год доза

преднизолона была снижена до 15 мг в сутки. Явлений кушингоида в течение всего периода приема преднизолона не отмечалось.

С этого времени на протяжении трех лет больная ежегодно обследовалась и лечилась

**СЛОЖНОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ
ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА У НАШЕЙ
ПАЦИЕНТКИ НА ЭТАПЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ БЫЛИ ОБУСЛОВЛЕННЫ, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ, РЕДКОЙ ВСТРЕЧАЕМОСТЬЮ
ПОДОБНОЙ ПАТОЛОГИИ**

не найдено. В 2007 году, учитывая наличие постоянного кашля, субфебрильной температуры, вновь обследовалась у фтизиатра в противотуберкулезном диспансере, туберкулез исключен.

в отделении пульмонологии краевой клинической больницы. Во время каждой госпитализации проводилась МСКТ легких (рис. 1). По данным МСКТ сохранялись множественные перилимфатические очаги, диффузное утолщение интерстиция. На фоне приема преднизолона 20 мг сутки нормализовались размеры лимфатических узлов по сравнению с МСКТ от 2008 года. От проведения повторной чрезбронхиальной биопсии пациентка отказывалась. По данным спирометрии сохранялось резкое снижение показателей ЖЕЛ, ОФВ1. При проведении бодиплетизмографии сохранялись рестриктивные изменения (резкое снижение ОЕЛ, ООЛ в норме, ВГО умеренно снижен).

Пациентка продолжала принимать преднизолон 15 мг в сутки, сальметерол / флутиказон 25/250 мкг по 2 вдоха 2 раза в день, ацетилцистеин 600 мг в сутки, витамин Е 400 мг в сутки, пентоксифиллин 300 мг в сутки, спиронолактон 75 мг в сутки.

В 2013 году во время очередного стационарного лечения больная дала согласие на проведение чрезбронхиальной биопсии. Было получено заключение о наличии неспецифического воспалительного процесса. При исследовании диффузионной способности легких выявлено резкое снижение показателя DLCO до 53,7%. С учетом клинической картины заболевания, отсутствия эффекта от длительного приема СГКС и неинформативного гистологического заключения, было принято решение провести видеоторакоскопическую биопсию легкого, которая была проведена в марте 2014 году в отделении торакальной хирургии краевой клинической больницы.

Получено заключение: такая морфологическая картина наиболее характерна для неспецифического воспаления, возможно, в исходе организующейся интерстициальной пневмонии. Высказаться об этиологическом факторе этого процесса не представляется возможным. Данных за специфический и опухолевый процесс в присланном материале не определяется.

Учитывая отсутствие четкой гистологической картины, позволяющей поставить диагноз, было принято решение проконсультировать патоморфологический материал у профессора А. Л. Черняева, заведующего патоморфологической лабораторией НИИ ФМБА России. Получено патологистологическое заключение профессора Черняева: гиперчувствительный пневмонит (экзогенный аллергический альвеолит) с исходом в фиброз с микросотами, участки организую-



МСКТ легких: на фоне изменений легочного интерстиция

щейся пневмонии, бронхиолектазы. Гистологические признаки легочной артериальной гипертензии.

На основании клинической картины и данных гистологического заключения пациентке установлен диагноз экзогенный аллергический альвеолит (гиперчувствительный пневмонит), хроническое течение, стадия «сотового легкого», активность 0-I. ХДН II ст.

С учетом полученных результатов принято решение о снижении дозы СГКС до 10 мг, отмене пентоксифиллина, ацетилцистеина, спиронолактона, витамина Е. Назначены ИГКС в дозе 1000 мкг по беклометазону (кленил-джет 250 мкг по 2 вдоха 2 раза в день).

Обсуждение

Сложность установления правильного диагноза у нашей пациентки на этапе педиатрической службы были обусловлены, в первую очередь, редкой встречаемостью подобной патологии и отсутствием опыта диагностики этого заболевания у практических врачей. Сработал стереотип поиска в пользу более распространенных заболеваний — туберкулеза и бронхиальной астмы.

Трудность верификации диагноза во взрослой лечебной сети в течение продолжительного времени была обусловлена поздним обращением пациентки с уже выраженными рентгенологическими изменениями в легких и серьезным нарушением функции внешнего дыхания. Определенную роль в тот период наблюдения за пациенткой в установлении диагноза саркоидоза сыграло наличие сочетания увеличенных внутригрудных лимфатических узлов и диссеминации легочной ткани.

В дальнейшем, при динамическом наблюдении, настораживал факт отсутствия эффекта от лечения СГКС. Длительное время не удавалось выявить связь с внешними антигенами, и только после углубленного изучения анамнеза выяснили, что мать часто в детстве при ОРВИ делала ингаляции с отварами трав,

что, возможно, и послужило причинным фактором возникновения гиперчувствительного пневмонита, не диагностированного в детском возрасте.

Следует отметить настойчивость лечащих врачей в необходимости гистологической верификации диагноза, так как на основании жалоб, анамнеза и данных дополнительных методов исследования не складывалась типичная клиническая картина заболевания. Проведение открытой биопсии легких и наличие патоморфологического заключения позволило установить окончательный диагноз. Отсутствие положительной клинико-рентгенологической динамики на фоне лечения СГКС объясняется давностью патологического процесса.

Литература

1. Авдеев С.Н., Авдеева О.Е., Чучалин А.Г. Экзогенный аллергический альвеолит // Русский медицинский журнал. — 2007. — № 6. — С. 20-32.
2. Бабанов С.А., Косарев В.В. Экзогенный аллергический альвеолит: проблемы диагностики // Русский медицинский журнал. — 2013. — № 7, Т. 21. — С. 388-392.
3. Васильева О.С., Чучалин А.Г., Черняев А.Л., Самсонова М.В., Кулемина Е.А. Гиперчувствительный пневмонит, вызванный воздействием металлов-аллергенов. // Пульмонология. — 2008. — № 4. — С. 116-118.
4. Демко И.В. Лекарственная аллергия // Сибирское медицинское обозрение. — 2013. — № 4. — С. 83-88.
5. Лев Н.С., Ковалевская М.Н., Сорокина Е.В., Лепеха Л.Н. Трудный пациент. Гиперчувствительный пневмонит. Клиническое наблюдение // Педика педиатра. — 2013. — октябрь. — С. 4-7.
6. Лев Н.С., Шмелев Е.И., Розникова Н.Н. Гиперчувствительный пневмонит как одна из форм диффузных интерстициальных болезней легких у детей // Педиатрия. — 2013. — № 92 (36). — С. 96-101.
7. Мухин Н.А. Интерстициальные болезни легких. — М.: Литтерра, 2007. — 434 с.

СЛУЧАЙ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК

И. И. Кульга, И. В. Кульга, С. В. Ивлиев
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Псориаз (чешуйчатый лишай) — дерматоз неустановленной этиологии, характеризующийся хроническим течением, эритематозно-сквамозными проявлениями с четко прослеживающейся генетической предрасположенностью, гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процессов кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, нередко вызывающий патологические изменения в других органах и тканях (ногти, суставы, позвоночник, почки и др.), приводящий больных к психологической и социальной дезадаптации, в наиболее тяжелых случаях — к инвалидизации [1].

В типичных случаях псориаз сопровождается поражением кожных покровов. Однако в редких случаях возможно развитие тяжелых форм псориаза — псориатической эритродермии и пустулезного псориаза. Для этих клинических форм поражение кожи носит генерализованный характер. Зачастую типичные кожные признаки для псориаза могут исчезнуть.

Пустулезный псориаз наблюдается у 1% больных, локализуется преимущественно в области ладоней и подошв (тенар и гипотенар, свод стоп), где на резко гиперемизированном и инфильтрированном фоне располагаются внутриэпидермальные пустулы. Высыпания обычно бывают симметричными. Пустулы, как правило, стерильны, но у некоторых больных может выявляться *S. aureus* или *b*-гемолитический стрептококк. Часть пустул ссыхается с образованием чешуек-корок, на месте других появляются новые гнойнички. Пустулезные высыпания могут быть в зоне бляшек и на других участках кожного покрова, чаще всего они возникают при раздражающем наружном лечении.

Несколько реже встречается генерализованная форма пустулезного псориаза. Считается, что триггерными факторами данного состояния являются инфекционные агенты, резкие стрессовые ситуации, применение в прогрессирующей стадии противомаларийных средств и антибиотиков, быстрая отмена кортикостероидов, нерациональная наружная терапия, а также гормональные дисфункции, в частности, обусловленные приемом оральных контрацептивов. Это состояние характеризуется как тяжелая, угрожающая жизни пациента форма заболевания, выраженным интоксикационным синдромом.

На фоне яркой эритемы появляются мелкие поверхностные пустулы, сопровождающиеся болезненностью и жжением, расположенные как в пределах бляшек, так и на ранее неизменной коже. Вначале разбросанные очаги эритемы с пустулизацией быстро увеличиваются в размерах, сливаются, захватывая обширные участки кожного покрова так, что псориатические бляшки перестают быть различимыми. Слившиеся пустулы отслаивают поверхностные слои эпидермиса в виде «гнойных озер».

На этом фоне может развиваться эритродермия. У некоторых больных наблюдаются серпигинозные, кольцевидные и другие фигурные очаги, эритематозно-пустулезные, эрозивные, географические высыпания на слизистой оболочке полости рта. Часты дистрофические изменения ногтей, поражения суставов, реже почек [1].

Одним из висцеральных проявлений псориаза является специфическое поражение почек, получившее название псориатической нефропатии. Оно проявляется изолированным мочевым синдромом, нефритическим или нефротическими синдромами в рамках диффузного гломерулонефрита или амилоидоза [2]. Развитие нефропатии происходит на фоне высокой клинико-лабораторной активности заболевания, атипичного псориаза и, как правило, ассоциировано с наличием других висцеритов.

Однако в клинической практике нередки ситуации, когда при массе болезненных и припухших суставов, наличии энтезитов и дактилитов, системных проявлений острофазовые показатели остаются нормальными. Это может приводить к позднему началу системного лечения и серьезным нарушениям функции пораженных органов [3, 4].

Немаловажным является и поражение почек в рамках лекарственной нефропатии на фоне постоянного приема нестероидных противовоспалительных средств и ряда базисных препаратов [3]. С учетом многогранности поражения почек при псориазе, сочетания псориатической нефропатии с другими заболеваниями (артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.), которые, в свою очередь, способствуют прогрессированию хронической болезни почек, несомненным является необходимость детального обследования функции почек у больных псориазом.

Мы представляем случай пустулезного псориаза с развитием острого почечного повреждения на фоне псориатической нефропатии.

Больной Д., 55 лет, поступил в отделение гемодиализа с жалобами на уменьшение количества мочи до 300–400 мл в сутки, повышение температуры до 38,5, распространенную эритему.

Из анамнеза заболевания. Страдает псориазом с 2000 года. С 2010 года выявляется двусторонний коксартроз, по поводу которого в 2012 году проведено протезирование правого тазобедренного сустава с развитием парапротезной инфекции, длительно существовавшим гнойным свищом (до 2015 года).

С 2014 года в анализе мочи выявляется протеинурия, микрогематурия. В 2015 году выявлено повышение креатинина до 141 мкмоль/л. С конца 2015 года в течение нескольких месяцев постоянно принимал нестероидные противовоспалительные препараты в связи с болями в правом тазобедренном суставе. В течение недели перед поступлением в отделение гемодиализа отметил покраснение кожи, повышение температуры до 38,5. Уменьшение количества мочи.

При поступлении состояние тяжелое за счет уремии и распространенных эритематозных высыпаний. В объективном статусе обращала на себя внимание распространенная эритема.

При обследовании в отделении. В развернутом анализе крови снижение Hb до 63 г/л, СОЭ 75 мм/час, мочевины до 43,9 ммоль/л, креатинин 931 мкмоль/л, мочевиная кислота 885 мкмоль/л, калий 5,57 ммоль/л. В анализе мочи удельный вес 1005, белок 1,26 г/л, лейко-



цитов 25-40 в поле зрения, эритроцитов измененных большое количество.

При УЗИ внутренних органов — гепатомегалия, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе, размеры почек в норме, экстроструктурные изменения почечной паренхимы, расширения чашечно-лоханочной системы нет.

По ЭХОКГ дополнительных эхо-сигналов на клапанах сердца не выявлено.

При рентгенографии грудной клетки — пневматизация легочной ткани не изменена, плевральные полости свободные.

МСКТ тазобедренных суставов, костей таза, бедренных костей — асептический некроз головки левой бедренной кости, стадия фрагментации, состояние после эндопротезирования правого тазобедренного сустава.

МСКТ органов грудной клетки — очаговых и инфильтративных изменений в легочной ткани не выявлено, жидкости в плевральных полостях нет, лимфатические узлы не увеличены, костно-деструктивных изменений не выявлено.

Учитывая клинику уремической интоксикации, высокий уровень азотемических показателей начато проведение диализной терапии. На четвертый день нахождения в отделении на фоне эритематозных

изменений кожи появились множественные пустулы, размером до 5-7 см (рис. 1, 2). Это было расценено как синдром Лайелла на фоне введения цефтриаксона. Был назначен преднизолон в дозе 180 мг внутривенно с быстрым, в течение двух недель, обратным развитием кожных проявлений, снижением уровня креатинина до 149 мкмоль/л, повышением уровня Нв до 94 г/л, снижением СОЭ до 12 мм/час.

Для уточнения характера почечного поражения, исключения амилоидоза почек проведена нефробиопсия. В препаратах, полученных для светооптического исследования, определяется 21 клубочек, глобально склерозированных клубочков — 6,0 — склерозированные сегментарно. По периферии семи клубочков имеется перигломерулярный склероз разной степени выраженности. В двух клубочках в препарате определяется сегментарная мезангиальная пролиферация до 4-5 клеток мезангия на сегмент, имеются очаговые расширения зоны мезангия. Базальные мембраны клубочков тонкие и гладкие.

В препарате имеются обширные зоны атрофированных канальцев, занимающие до 60% от общей площади коркового вещества. Цитоплазма эпителиоцитов извитых канальцев с выраженной эозинофильной зернистостью. Стенки артериол со склеротическими изменениями, утолщением. Явлений васкулита не определяется. В интерстиции определяется отек, рассеянная лимфо-плазмоцитарная инфильтрация с очаговым формированием лимфо-плазмоцитарных агрегатов. При окраске срезов Конго-рот отложений амилоида не определяется. В препаратах, забранных для РИФ, в срезах определяется 5-7 клубочков. Нет свечения с антителами к IgM, IgG, C3c, IgA.

На фоне отмены преднизолона вновь повышение температуры тела до 38,3, множественные псориазные бляшки, повышение креатинина до 247 мкмоль/л, СОЭ 65. Вновь назначен преднизолон 120 мг в/в, с последующим переводом на пероральный прием в дозе 40 мг. На фоне стероидной терапии нормализация температуры тела в течение суток, в течение недели снижение креатинина до 135 мкмоль/л, СОЭ 31 мм/час. Больной был выписан под наблюдение терапевта, дерматолога, нефролога по месту жительства.

Таким образом, учитывая особенности кожных проявлений, данные нефробиопсии, быстрый ответ на стероидную терапию с последующим рецидивом кожных проявлений и снижением функции почек на фоне их отмены, был выставлен диагноз генерализованный пустулезный псориаз с поражением почек, тазобедренных суставов.

Мы считаем, что кожные проявления, которые первоначально были расценены как синдром Лайелла, были обусловлены пустулезным псориазом. В данном случае имело место крайне тяжелое течение псориаза с висцеральными проявлениями, в первую очередь, псориазической нефропатией с развитием острой почечной недостаточности, которое следует расценивать как крайне высокую активность пустулезного псориаза.

Литература

1. Псориаз: патогенетические и клинко-терапевтические аспекты проблемы Новоселов В.С., Новоселов А.В. — Consilium medicum, том 9, № 1, 2007, С. 23-25.
2. Насонова В.А., Бунчук Н.В. (ред.). Избранные лекции по клинической ревматологии. М.: Медицина, 2001. 272 с.
3. Lambert J.R., Wright V. Eye inflammation in psoriatic arthritis//Ann. Rheum. Dis. 1976;35:354-356.
4. Ребров А.П., Гайдукова И.З., Каргальская О.Г. Внесуставные проявления у больной с низкой клинко-лабораторной активностью псориазического артрита. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011;7(1):107-111.

СЛУЧАЙ ОТКРЫТОГО ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Удаление инородных тел головного мозга в большинстве случаев является проблемой специалистов нескольких профилей – нейрохирургов, оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов и, конечно, реаниматологов, потому что эта травма практически всегда является угрозой для жизни пациента.

Прогноз для жизни больного зависит от величины инородного тела, его локализации в головном мозге. В этом смысле более опасны инородные тела, анатомически локализованные в стволе головного мозга, лимбической системе.

Описана «травма фехтовальщика», когда головной мозг повреждается через ноздрию, и одного точечного укола бывает достаточно для когнитивной и двигательной инвалидизации пациента, а то и его смерти – всего лишь потому, что в проекции острого предмета лежат древние структуры мозга. В то же время обширное полушарное повреждение вследствие травмы, объемного процесса в некоторых случаях оставляет пациента социально сохранным – когнитивно и двигателью.

Представляем вам клинический прецедент необратимого повреждения головного мозга инородными телами у молодого пациента.

Клинический случай

Молодой мужчина Г., 27 лет, работал на пилораме в Пировском районе. Обстоятельства травмы неизвестны, но, по всей видимости, произошло грубое нарушение техники безопасности – деревянный фрагмент отскочил от доски и попал в лицо рабочему.

Пациент в бессознательном состоянии срочно был доставлен в Лесосибирскую ЦРБ с инородными телами (щепками) в полости носа, гайморовых и основной пазухах. В ЦРБ ему проведены первые диагностические обследования и оказана реанимационная помощь – произведена трахеостомия, начата искусственная вентиляция легких.

На МСКТ в день поступления: инородные тела в околоносовых пазухах, проникающие в переднюю черепную ямку, интимно прилежащие к сосудам основания черепа.

В ближайшие несколько часов пациент по жизненным показаниям был доставлен по санавиации в краевую клиническую больницу с диагнозом инородные тела головного мозга, лицевого черепа.

В крайне тяжелом состоянии пациент госпитализирован в реанимационное отделение.

Осмотрен заведующим отделением нейрохирургии Ю. Я. Пестряковым.

В неврологическом статусе: кома I-II, уровень сознания по шкале Глазго – 3, медицинская седация, зрачки широкие, косоглазие сходящееся слева, мышечная гипотония.

Осмотрен заведующим ЛОР-отделением В. Ю. Афонькиным.

В области носа слева сгустки крови, свежая кровь. Имеется крупное инородное тело (кусочек дерева), полностью обтурирующее средний и верхний носовые ходы. В мягких тканях щеки два дефекта, из которых торчат крупные деревянные фрагменты. Имеется дефект крыла носа слева, верхней губы слева.

Определены показания к срочному оперативному лечению. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма, инородные тела экстра-интракраниальной локализации.

На МСКТ перед операцией

Определяются инородные тела неоднородной плотности: крупное, линейное (около 103x10 мм) проходит через левый носовой ход слева направо через носовую перегородку (оскольчатый перелом) в правый носовой ход, клетки решетчатой кости справа (оскольчатый раздробленный перелом), тело клиновидной кости справа (оскольчатый перелом со смещением осколков и вклиниванием их в вещество головного мозга на уровне червя мозжечка), проходит рядом с нижней стенкой заднего рога правого бокового желудочка. Правая внутренняя сонная артерия оттеснена и смещена кверху дистальным концом инородного тела.

Второе крупное инородное тело (53x5 мм) проходит через левую гайморову пазуху и упирается в малое крыло клиновидной кости (оскольчатые переломы стенок гайморовой пазухи).



Третье крупное инородное тело (94x7 мм) проходит спереди назад в области левой крыловидной ямки и жевательного пространства, дистальным концом упирается в С2.

Визуализируется множество мелких инородных тел в левой гайморовой пазухе.

В веществе мозга, в правой височной доле видны мелкие участки геморрагического пропитывания. Плотность мозгового вещества снижена, борозды сглажены. Желудочковая система умеренно расширена, в правом боковом желудочке кровь. Кровь в субарахноидальном пространстве — участками. Выраженная подкожная эмфизема тканей шеи и поднижнечелюстной области.

Операция

Удаление инородных тел полости носа слева, клеток решетчатого лабиринта слева, основной пазухи слева, верхнечелюстной пазухи слева, крылонебной ямки слева.

Операционная бригада:

заведующий отделением нейрохирургии Юрий Яковлевич Пестряков;

заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии Андрей Гербертович Симонов;

заведующий отделением оториноларингологии Владимир Юрьевич Афонькин;

оториноларингологи Валерий Николаевич Переверзев и Евгений Олегович Данжунов.

Под общим наркозом с помощью щипцов, корцангов, кусачек удалено инородное тело из полости носа слева, клеток решетчатого лабиринта слева, основной пазухи слева. Инородное тело вклинившееся удалено с трудом, кускованием.

Фрагмент инородного тела в области основания черепа (передняя черепная ямка) удалить не удалось, потому что с учетом анатомической локализации инородного тела в области черепа, прилегания к нему магистральных сосудов основания черепа, существовал высокий риск профузного артериального кровотечения, повреждения структур диэнцефальной области.

Произведена гайморотомия слева, удалено инородное тело крупных размеров и масса мелких фрагментов дерева. В левой крылонебной ямке также обнаружен фрагмент дерева — удален. При этом началось массивное кровотечение из венозного сплетения крылонебной области. Крылонебная ямка тампонирована, произведена также передняя и задняя двухсторонняя тампонада носа.

МСКТ в динамике

Мягкие ткани лицевой, височной области отечны.

Состояние после операции: определяется раневой канал с наличием воздуха, проходящий через решетчатую кость, основную пазуху, височную долю параселлярно справа размерами 13x74 мм.

В височном роге правого бокового желудочка небольшое количество крови. Наличие крови в латеральной борозде с обеих сторон, межполушарной щели, верхнемозжечковой, обходящей цистерне, цистерне четверохолмия. Затекание крови по бороздам конвексально лобно-височно-теменной области с обеих сторон. Определяется кровь в задних рогах боковых желудочков.

Отмечается снижение плотности белого и вещества головного мозга в обоих полушариях, преимущественно в височно-теменно-затылочной области.

Срединные структуры не смещены.



В послеоперационном периоде проводились гемотрансфузии, плазматрансфузии, антибактериальная терапия, ИВЛ, симптоматическая терапия. Несмотря на лечение, состояние прогрессивно ухудшалось, отмечалась нестабильная гемодинамика, потребовавшая инотропной медикаментозной поддержки, явления диэнцефального синдрома.

Через трое суток после поступления в ККБ на фоне нарастающих доз инотропных препаратов произошла остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия в течение 30 минут — без эффекта. Констатирована биологическая смерть.

Посмертный клинический диагноз открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, субарахноидальное кровоизлияние, открытое проникающее радиарное слепое ранение черепа и головного мозга справа, дырчатый перелом основной кости, слепое ранение слева, инородные тела.

Осложнения: отек головного мозга, острая дыхательная недостаточность.

Причина смерти: отек головного мозга.

— Мультидисциплинарная бригада врачей, оперировавшая пациента Г., сошлась во мнении, что полученная им травма несовместима с жизнью, — говорит заведующий отделением оториноларингологии Владимир Афонькин. — Мы утвердились в этом мнении, когда в ходе операции выяснилось, что удалить крупное инородное тело из передней черепной ямки через нос невозможно. Пациент нуждался в повторной нейрохирургической операции, в трепанации черепа, но крайняя тяжесть состояния не позволила ему дожить до повторного вмешательства.

Однако для спасения пациента мы сделали все возможное. В его судьбе приняли участие врачи четырех профилей, и это не первый случай, когда за жизнь больного борются врачи разных специальностей. Наши совместные усилия, возможные только в многопрофильной клинике, часто дают положительный результат.

Напоминаем

У врачей краевой клинической больницы большой опыт извлечения инородных тел из различных полостей, расположенных вокруг мозга: в отделении оториноларингологии приходилось избавлять пациентов от пуговиц, пуль, металлических штырей, а нейрохирурги спасали пациентов с проникающим ранением черепа крупными предметами. Например, в 2014 году весь мир облетела новость из краевой больницы о том, что в нейрохирургическом отделении выжил пациент, у которого из головы удалили табурет.

СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ КОРДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫХ «БРУГАДОПОДОБНЫХ» ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ

Е. Н. Михайленко, И. В. Лохман, И. А. Нардина
КГБУЗ «Красноярский краевой врачебно-физкультурный диспансер»

Синдром Бругада (СБ) характеризуется на ЭКГ блокадой правой ножки пучка Гиса в сочетании со специфическим (типа «coved» или «шатер») подъемом сегмента ST в отведениях V1-V3 и высоким риском развития внезапной сердечной смерти (ВСС) у лиц со структурно нормальным сердцем. Доказан семейный характер этого заболевания и выявлен генетический дефект натриевых каналов сердечной мышцы, обусловленный мутациями гена SCN5A [3].

Клиническая картина СБ характеризуется возникновением синкопе и/или ВСС на фоне приступов желудочковой тахикардии, чаще ночью. Преимущественный возраст клинической манифестации синдрома Бругада 35-45 лет [3].

Прием лекарственных препаратов, ингибирующих натриевые каналы, может также вызывать синдром Бругада. Лекарственно индуцированный СБ описан при общей анестезии, при лечении мезалазином, ваготоническими препаратами, α -адренергическими агонистами, β -адреноблокаторами, антиаритмическими препаратами Ia и Ic классов, блокаторами кальциевых каналов, антиангинальными, антигистаминами 1-го поколения, антималярийными средствами, седативными, антиконвульсантами, нейролептиками, три- и тетрациклическими антидепрессантами, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, препаратами лития.

Имеющиеся в медицинской литературе сообщения о СБ, тесно ассоциированном с приемом психотропных препаратов, касается, в основном, суицидов, случаев передозировки и интоксикации, т.е. при токсических дозах лекарственных препаратов (over dose) либо при неблагоприятных лекарственных комбинациях [2].

Описаны случаи регистрации на ЭКГ синдрома Бругада при лечении субтерапевтическими дозами антиконвульсантов, при передозировке солями лития и при лечении литием в дозах терапевтического стандарта, при интоксикации трициклическими антидепрессантами: амитриптилином, имипрамином и дезипрамином, мапротилином, нортриптилином, клоназепамом, кломипрамином, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, антипсихотиками [2].

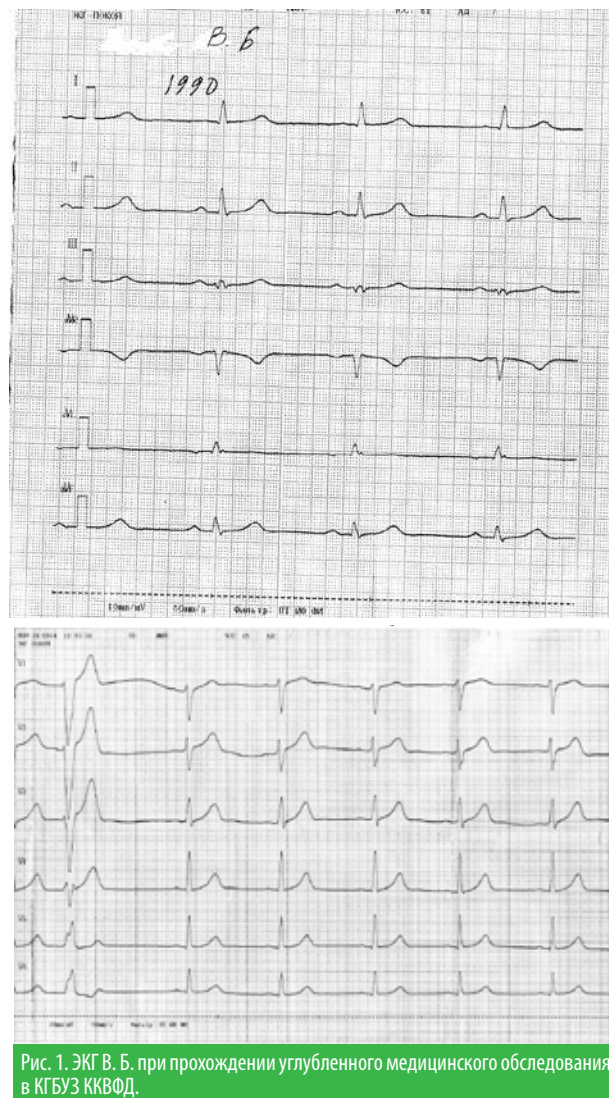
Как и при врожденном СБ, усиление эпикардальной и трансмуральной дисперсии реполяризации в присутствии физиологических факторов и фармакологических влияний приводит к акцентуации волны J и к возможной потере свода потенциала действия, содействуя тем самым возникновению экстрасистол и развитию механизма повторного входа (re-entry) во второй фазе потенциала действия [1].

Обсуждение

Мы наблюдали случай лекарственно-индуцированного феномена Бругада («бругадоподобные» измерения на ЭКГ) на фоне приема высоких доз амиодарона (препарат «Кордарон®»).

Молодой человек В. Б., 24 года. Занимается пожарно-прикладным спортом. Практически здоров, не пьет, не курит, не употребляет наркотики. Рост 170 см, вес 72 кг.

Во время проведения углубленного медицинского осмотра с целью допуска к занятиям спортом в КГБУЗ ККВФД по ЭКГ выявлена частая мономорфная желудочковая экстрасистолия, представленная на рисунке 1.

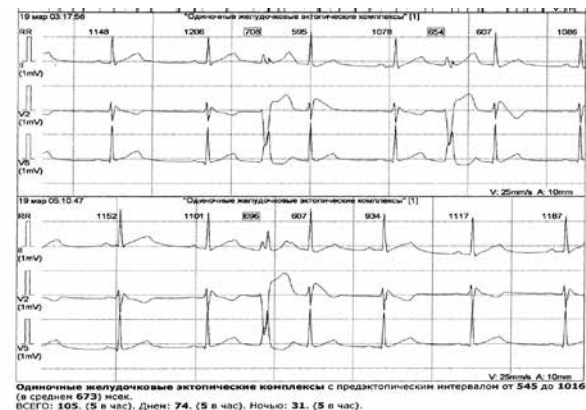


Жалоб кардиологического плана не предъявлял. Семейный анамнез спокойный, синкопальных состояний не отмечал. Направлен на дообследование к кардиологу в районную поликлинику для выявления причины аритмии.

По данным ЭхоКГ, патологии не выявлено. МПП без нарушения целостности. По ХМ ЭКГ отмечалась умеренно-частая (плотностью экстрасистол в записи 2,6%) одиночная мономорфная экстрасистолия – 2773/сутки, до 75-213/час, в том числе аллоритмия по типу би-, три-,

квадригеминии, смешанный циркадный тип экстрасистолии. Госпитализирован в КГБУЗ КМКБ № 20 им. И. С. Берзона, где пациенту был назначен препарат «Кордарон®» в дозе 200 мг 3 раза в день с рекомендациями снижения дозы в амбулаторных условиях.

В течение последующих полутора месяцев пациент продолжал принимать назначенный препарат, не снижая дозы (600 мг в сутки). Повторное ХМ ЭКГ, с целью контроля за ЖЭС после полутрамесячного приема препарата «Кордарон®», было проведено в одной из частных клиник Красноярска 18.03.2015 года. Результаты ХМ ЭКГ представлены на рисунке 2.



Приложения

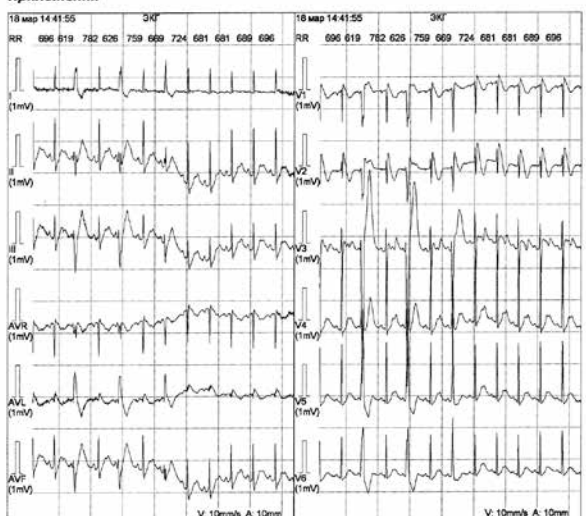


Рис. 2. Результаты ХМ ЭКГ на фоне приема препарата «Кордарон®»

По результатам ХМ ЭКГ отмечалось существенное уменьшение количества ЖЭС (всего 105 за сутки). Также при мониторингировании выявлено удлинение корригированного QT свыше 450 м/сек. в течение 96% всей записи ЭКГ. Впервые были зарегистрированы признаки блокады правой ножки пучка Гиса с «coved-type» (подъем сегмента ST > 2 мм (0,2 мВ), конфигурацией «coved» и отрицательным зубцом Т в отведениях V1-V3. Пациенту была рекомендована повторная консультация кардиолога.

Кардиологом районной поликлиники данные изменения не интерпретировались как «бругадоподобные», и коррекция терапии не была проведена. Пациент направлен к нам в КГБУЗ ККВФД для проведения нагрузочного тестирования на фоне продолжающегося приема препарата «Кордарон®».

Учитывая данные ХМ ЭКГ от 18.03.2015 года, нами не исключался высокий риск развития желудочковой тахикардии и ВСС, поэтому в проведении нагрузочного теста пациенту было отказано до уста-

новления окончательного диагноза. Проанализировав результаты обследований и анамнестические данные, с подозрением на лекарственно-индуцированный СБ, мы направили молодого человека на консультацию к заведующему кафедрой кардиологии и функциональной диагностики ИПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого д.м.н., проф. Г. В. Матюшину. ЭКГ при направлении на консультацию представлено в рисунке 3.

Беря во внимание паттерн Бругада I типа ЭКГ проявления (блокада правой ножки пучка Гиса с «coved-type»), стратификацию риска ВСС, а также особенности трудовой деятельности, пациенту было назначено генетическое исследование для исключения гена SCN5A. Прием препарата «Кордарон®» отменен, назначен сотагексал, омега-3 ПНЖК. Генетический анализ, проведенный в Центре молекулярной генетики (Москва), не показал мутаций гена SCN5, и антиаритмическая терапия отменена, целесообразности в имплантации ИКД не выявлено.



Рис. 3. ЭКГ В. Б. при направлении на консультацию.

Спустя два месяца после отмены препарата «Кордарон®» произошла нормализация процессов реполяризации, на ЭКГ сохранялась лишь классическая неполная БПНПГ, однако вновь была зарегистрирована мономорфная ЖЭС. Нагрузочное тестирование (ВЭМ) на нагрузке до 125 Вт и в восстановительном периоде нарушений ритма и проводимости не выявило. Результаты ВЭМ представлены на рисунке 4.

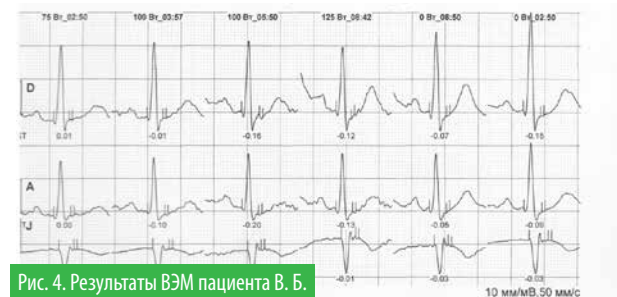


Рис. 4. Результаты ВЭМ пациента В. Б.

Литература

- Кушаковский М.С., Гришкин Ю.Н. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника и лечение): Руководство для врачей. — 4-е изд., испр. и доп. / М.С. Кушаковский, Ю.Н. Гришкин. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2014. — 720 с.: илл.
- Лиманкина И.Н. Электрокардиографические феномены в психиатрической практике. — СПб.; ИНКАРТ, 2009. — 176 с.: илл.
- Национальные российские рекомендации по применению методики холтеровского мониторирования в клинической практике (приняты на пленарном заседании Российского национального конгресса кардиологов 27 сентября 2013, в Санкт-Петербурге). — 200 с.
- Спортивная медицина: национальное руководство / под ред. акад. РАН РАМН П. Митронова, проф. Б.А. Поляева, проф. Г.А. Макарова. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2013. — 1184 с.
- Antzelevitch Charles, Brugada Pedro et al. Brugada Sendrom. Report of the Second Consensus Conference. — Circulation. 2005; 111: 659-670.
- Bayes de Luna Antonio, Brugada Josepetal. Current electrocardiographic criteria for diagnosis of Brugada pattern: a consensus report. — Journal of Electrocardiology 45, 2012. — 433-442.

СОЧЕТАНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

Ф. П. Чавкунькин, А. В. Зюзюкина, А. Б. Куликова, А. П. Марцева
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
НУЗ «Дорожная клиническая больница

Известно, что острый аппендицит (ОА) является одним из самых распространенных заболеваний в неотложной хирургии. Операции по поводу воспаления червеобразного отростка занимают 75-85% экстренных оперативных вмешательств. Гипердиагностика ОА приводит к неоправданным аппендэктомиям, а недиагностированный своевременно аппендицит – к запоздалой операции и, следовательно, неблагоприятному исходу лечения. Летальность при ОА составляет 0,1-0,3%.

Частота паховых грыж (ПГ) составляет 4,9% от всех хирургических заболеваний. Они встречаются преимущественно у мужчин, а грыжесечение является наиболее частой операцией в плановой хирургии и 10-15% от их количества. Ущемленные ПГ составляют 43,1% от общего количества ущемленных вентральных грыж. Наличие ОА и развитие ущемленной ПГ имеет практическую ценность ввиду редкости сочетания этих заболеваний и трудностей в дооперационной диагностике.

Поэтому нам представляется интересным привести следующее клиническое наблюдение.

Больно, Ф., 66 лет, поступил в ХО Дорожной больницы 27.02.2014 г. в 12.45 с жалобами на боли, наличие опухолевидного образования в правой паховой области, тошноту, сухость во рту. С октября 2013 г. отмечает у себя грыжевое выпячивание в правой паховой области, свободно вправляемое в брюшную полость. 27.02.2014 в 1.00 появились боли в области опухолевидного образования, которое вправить не удалось.

27.02 около 8.00 состояние ухудшилось, боли усилились, появились сухость во рту, тошнота, недомогание. Больной был осмотрен хирургом. С диагнозом ущемленная паховая грыжа справа на «скорой помощи» доставлен в хирургическое отделение.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 37,6, сознание ясное, дыхание в легких везикулярное. ЧДД – 18 в минуту. Сердце – тоны приглушены, ритмичны, пульс 136 ударов в минуту удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в области пупка внизу живота справа и в области грыжевого выпячивания. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика кишечника ослаблена.

Anamnesis vitae: гепатит, ТБЦ, ВИЧ, венерические, онкологические заболевания, сахарный диабет отрицает. Операций, гемотрансфузий не было. В анамнезе гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status localis: при осмотре в паховой области справа, в области наружного пахового кольца, имеется опухолевидное образование 8х6 см, плотноэластической консистенции, при пальпации болезненное.

Диагноз ущемленная паховая грыжа справа.

Больной обследован.

ОАК: Нb 142 г/л, Эр – 4,7*10¹², Л – 14*10⁹, эоз – 2%, пал – 6%, сегм – 69%, лимф – 17%, мон – 6%, СОЭ – 54 мм/час. Глюкоза крови – 6,2 ммоль/л, группа крови А(II), Rh+, ОАМ: удельный вес 1020 реакция кислая, белок – 1,1, лейкоциты – 2-4 в п/зр, л – 2-3 в п/зр.п.

Произведено Р-графия брюшной полости, ЭКГ, консультирован терапевтом.

Операция грыжесечение. Под местной анестезией Sol. Nov 0,25% – 400 косым паховым доступом справа рассечены мягкие ткани, вскрыт паховый канал. Выделен грыжевой мешок, вскрыт, содержимое – паравезикальная клетчатка, стенка мочевого пузыря и прядь большого сальника. Из грыжевого мешка выделилось до 30 мл мутной серозной жидкости. Грыжа прямая скользящая. Ущемляющее кольцо расширено, из брюшной полости выделился гнойный выпот.

Больному дан эндотрахеальный наркоз. Произведена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в малом тазу гнойно-фибринозный выпот до 100 мл. Червеобразный отросток располагается в толще брыжейки подвздошной кишки и сальника, из ложа поступает гной. Произведена ретроградная аппендэктомия. Культи погружена в кисетный и Z-образный швы. Брыжейка поэтапно прошита и перевязана. Контроль на гемостаз. Брюшная полость санирована, осушена, дренирована перчаточными дренажами в подвздошных областях.

Через отдельный прокол брюшной стенки в правой подвздошной области введен микроиригатор. Лапаротомная рана ушита. Грыжевой мешок у шейки прошит кисетным швом, перевязан, отсечен. Произведена пластика пахового канала по Бассини-Постемскому. Рана послойно ушита. Асептическая повязка.

Препарат: червеобразный отросток до 8 см длиной, утолщен, с наличием фибрина участками черного цвета, направлен на гистологическое исследование.

Диагноз острый гангренозный аппендицит, местный гнойно-фибринозный перитонит. Ущемленная прямая паховая грыжа справа.

В послеоперационном периоде больному проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, сердечно-сосудистая, обезболивающая терапия.

Патогистологическое исследование червеобразного отростка: морфологические признаки деструктивного аппендицита с периаппендицитом и диффузным серозно-гнойным мезентериолитом.

Больной выписан на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности сочетания острого гангренозного аппендицита и ущемленной паховой грыжи. Выбранная лечебно-диагностическая тактика позволила своевременно распознать оба заболевания и осуществить правильное лечение, приведшее благоприятному исходу.

Литература

- Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Мельников П.В., Острый аппендицит. Учебное пособие. М: Трида – 2014; 164.
Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М. Медпрактика. – 2002. с. 244.
Нестерко Ю.А., Шляховский И.А. Выбор метода герниопластики при операциях по поводу паховой грыжи. Проблемы неотложной хирургии: Сборник научных работ к 90-летию со дня рождения акад. В.И. Стручкова. М. 1998. – Т. 6 – с. 54.
Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. М. 1983. С. 127-132.

Пока учим,

Dum docemus,

discimus

учимся

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Л. И. Пелиновская, А. Е. Рязанов, В. А. Мосина
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – воспалительное заболевание сердца инфекционной природы с преимущественным поражением клапанов сердца, реже пристеночного эндокарда и крупных сосудов.

В 2009 году были разработаны единые международные стандарты по профилактике, диагностике и лечению инфекционного эндокардита, которые были опубликованы Европейским обществом кардиологов, в 2015 году вышел пересмотр Европейских рекомендаций.

Новые версии рекомендаций разработаны на достижениях исследований, организованных с позиции доказательной медицины на протяжении последнего десятилетия. В свете этих рекомендаций и были разработаны стандарты ведения больных инфекционным эндокардитом в краевой клинической больнице.

Проблема инфекционного эндокардита (ИЭ) приобрела особую актуальность в связи с ростом патологии во всех странах мира и в связи с тем, что на протяжении 30 лет, несмотря на значительные успехи в диагностике с использованием методов визуализации и широкое применение современных антибактериальных препаратов, а также доступность оперативного лечения заболевания, все еще сохраняется плохой прогноз и высокая летальность. Появились новые формы ИЭ: протезный, электродный, ИЭ наркоманов, возросла доля ИЭ у пожилых, доля первичного эндокардита.

К особенностям современного течения ИЭ относится преобладание стафилококковой флоры в структуре этиологических причин заболевания. Поэтому представляется очень важной разработка единого стандарта оказания медицинской помощи в краевой клинической больнице на всех этапах диагностики и лечения больных с инфекционным эндокардитом, что поможет повысить вероятность ранней диагностики и эффективность лекар-

ственной терапии, своевременность оперативного лечения, а следовательно, улучшит качество оказания медицинской помощи пациентам с ИЭ.

После изложения основного материала стандарта оказания помощи больным эндокардитом мы предлагаем коллегам для изучения модифицированные критерии ДУКЕ для диагностики инфекционного эндокардита с дополнениями, принятыми в европейских рекомендациях 2015 года. В таблице, отличным от основного текста цветом выделены дополнения, которые являются новыми для диагностики инфекционного эндокардита и могут быть использованы в практике врача.

1. Назначение

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

2. Область применения

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

3. Нормативные ссылки

Настоящий стандарт учреждения разработан на основании требований приказа Минздрава России № 918н от 15.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями».

4. Сокращения и обозначения

В настоящем стандарте учреждения используются следующие сокращения:

SpO₂ – сатурация кислорода;
А/Б терапия – антибактериальная терапия;
АД – артериальное давление;
АГ – артериальная гипертензия;
АЛТ – (анализ крови) аланинаминотрансфераза;
АСТ – (анализ крови) аспартатаминотрансфераза;

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

БЛ – бактериологическая лаборатория;

ВКТ – вакутейнер;

ДАД – диастолическое артериальное давление;

ЖВФ – жизненно важные функции;

КВ – квалиграмма;

КДЛ – клиничко-диагностическая лаборатория;

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

МСКТ – мультиспектральная компьютерная томография;

ОАР – отделение анестезиологии-реанимации;

САД – систолическое артериальное давление;

СРБ – С-реактивный белок;

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии;

ЭКГ – электрокардиография;

ЭХО КГ – эхокардиография;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

ФГС – фиброгастроудоденоскопия;

ЧДД – частота дыхательных движений;

ЧСС – частота сердечных сокращений.

5. Ответственность

Ответственность за правильность разработки, внедрение и исполнение настоящего стандарта учреждения несет заведующий кардиологическим отделением № 1.

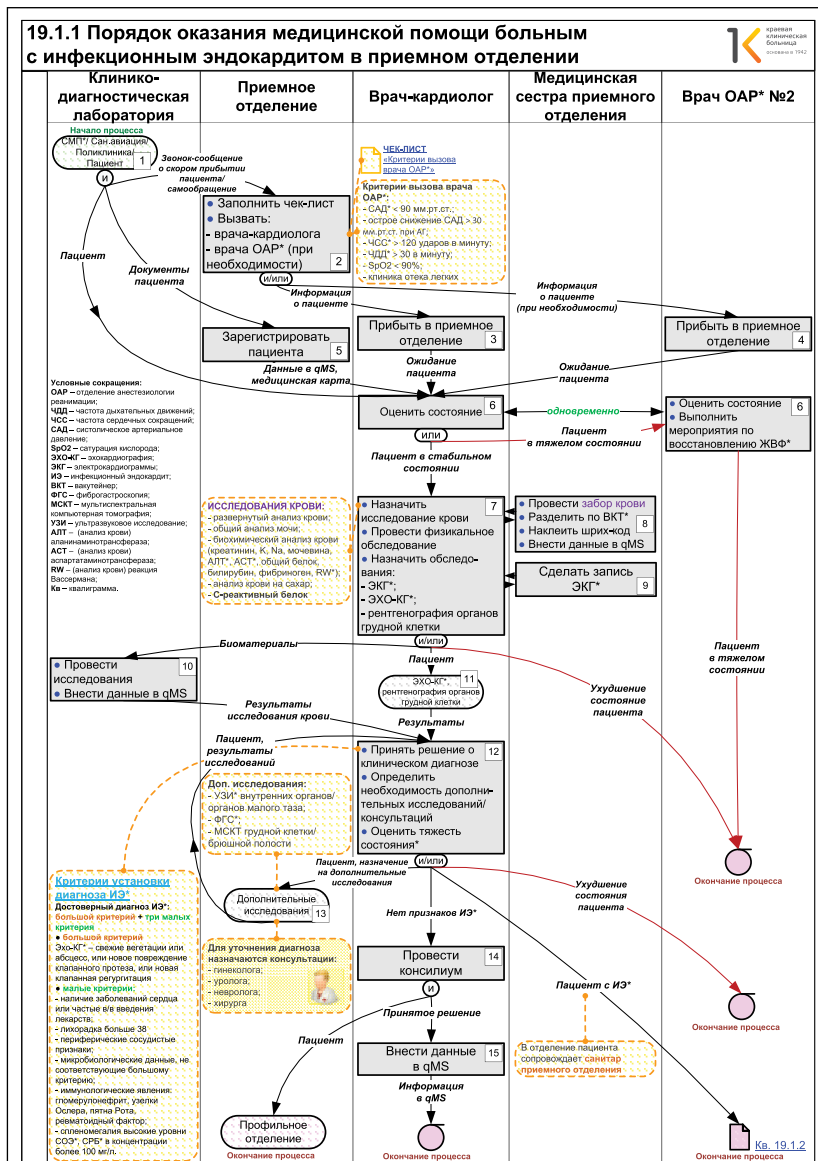
Ответственность за выполнение требований настоящего стандарта учреждения также возлагается на руководителей подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи больным с инфекционным эндокардитом.

Сотрудники КГБКЗ «ККБ» должны знать и выполнять требования настоящего стандарта учреждения.

6. Описание процесса

Порядки оказания медицинской помощи больным с инфекционным эндокардитом с

19.1.1 Порядок оказания медицинской помощи больным с инфекционным эндокардитом в приемном отделении



момента поступления до выписки представлены в виде квалиграмм и текстового описания (кв. 19.1.1-19.1.2).

Порядок 19.1.1. – оказание медицинской помощи больным с инфекционным эндокардитом в приемном отделении.

1. Бригада скорой медицинской помощи /санавиация/ поликлиника сообщает по телефону в приемное отделение о скором прибытии пациента с симптомами инфекционного эндокардита (далее – ИЭ).

2. Получив информацию, диспетчер приемного отделения заполняет чек-лист и вызывает врача-кардиолога, а при необходимости – врача анестезиолога-реаниматолога ОАР №2. Критерии вызова врача анестезиолога-реаниматолога:

- САД < 90 мм рт.ст.;
- острое снижение САД > 30 мм рт.ст. при АГ;

- ЧСС > 120 ударов в минуту;
- ЧДД > 30 в минуту;
- SpO2 < 90%;
- клиника отека легких.

3. Врач-кардиолог прибывает в приемное отделение сразу после получения информации и ожидает пациента.

4. Врач анестезиолог-реаниматолог, получив информацию о прибытии пациента в тяжелом состоянии, прибывает в приемное отделение и совместно с врачом-кардиологом ожидает пациента.

5. Бригада скорой медицинской помощи/ санавиация по прибытии в приемное отделение передает документы диспетчеру, а пациента – врачу-кардиологу и при необходимости врачу анестезиологу-реаниматологу. Диспетчер приемного отделения осуществляет регистрацию пациента и заносит данные в qMS.

6. При поступлении пациента в приемное отделение врач анестезиолог-реаниматолог и врач-кардиолог оценивают его состояние.

Если состояние пациента тяжелое – врач анестезиолог-реаниматолог выполняет мероприятия по восстановлению жизненно-важных функций и принимает решение о госпитализации в ОАР №2.

Пациент в тяжелом состоянии, на основании решения врача анестезиолога-реаниматолога, госпитализируется в ОАР №2. Перед госпитализацией медицинская сестра помогает пациенту сменить одежду, производит описание вещей и сдает их на склад. В реанимацию пациента сопровождают санитары приемного отделения и бригада ОАР №2.

7. Если состояние пациента стабильное – врач-кардиолог выписывает назначение на исследование крови:

- развернутый анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (креатинин, К, Na, мочевины, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, фибриноген, RW);
- анализ крови на сахар;
- С-реактивный белок.

И передает назначение медицинской сестре приемного отделения. Затем врач-кардиолог проводит физикальное обследование и выписывает назначения на проведение ЭКГ, ЭХО-КГ и рентгенографию органов грудной клетки.

8. В то время как врач-кардиолог проводит физикальное обследование, медицинская сестра проводит забор крови в вакутейнер, наклеивает штрих-коды, вносит данные в qMS и доставляет пробирки в клинико-диагностическую лабораторию (далее – КДЛ).

9. После забора крови медицинская сестра проводит запись ЭКГ и передает результаты исследования врачу-кардиологу.

10. Врач-лаборант КДЛ, получив биоматериалы, проводит исследование крови и заносит данные в qMS.

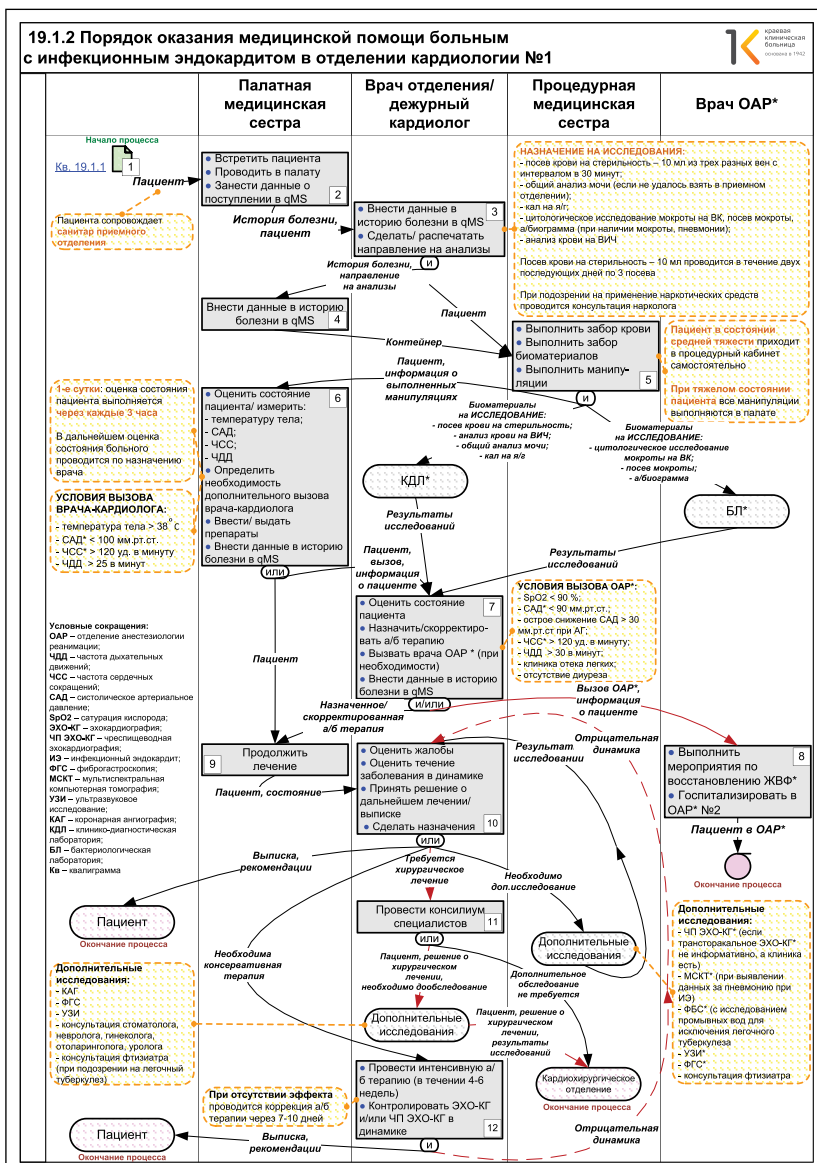
11. Пациент проходит назначенные обследования:

- ЭХО-КГ;
- рентгенография органов грудной клетки.

Результаты обследования заносятся в qMS.

12. Врач-кардиолог на основании результатов ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенограммы и результатов исследования крови принимает решение о клиническом диагнозе, определяет необходимость назначения дополнительных исследований и консультаций специалистов.

В случае ухудшения состояния пациента, производится его госпитализация в отделение ОАР №2. Медицинская сестра помогает



пациенту сменить одежду и производит описание вещей. В реанимацию пациента сопровождают санитары приемного отделения и бригада ОАР №2.

Если у пациента подтвердились признаки ИЭ, медицинская сестра помогает сменить одежду, производит описание вещей и сдает их на склад. Пациент в сопровождении санитаров приемного отделения поступает в отделение кардиологии №1.

В случае если ИЭ не подтвердился или для уточнения диагноза, пациент направляется на дополнительные исследования/ консультации (УЗИ внутренних органов/ органов малого таза, ФГС, МСКТ грудной клетки/ брюшной полости, консультация гинеколога, уролога, невролога или хирурга).

13. По назначению пациент проходит дополнительные обследования/ консультации специалистов (УЗИ внутренних органов/ органов малого таза, ФГС, МСКТ грудной клетки/

брюшной полости, консультация гинеколога, уролога, невролога или хирурга).

14. На основании результатов дополнительного обследования проводится консилиум врачей, на котором принимается решение о диагнозе/ дальнейшей тактике лечения. По результатам принятого решения пациента направляют в профильное отделение.

15. Результаты принятого решения заносятся врачом-кардиологом в qMS.

Порядок 19.1.2 – оказание медицинской помощи больным с инфекционным эндокардитом в отделении кардиологии №1.

1. Пациент в сопровождении санитары приемного отделения поступает в кардиологическое отделение.

2. В отделении пациента встречает палатная медицинская сестра и сопровождает его до палаты. Затем медицинская сестра заносит данные о поступлении пациента в qMS.

3. Врач отделения/ дежурный врач-кардиолог вносит данные в историю болезни в QMS и делает назначение на анализы:

- посев крови на стерильность – 10 мл из трех разных вен с интервалом в 30 минут (проводится в течение двух последующих дней по 3 посева);
- общий анализ мочи (если не удалось взять в приемном отделении);
- кал на Я/Г;
- цитологическое исследование мокроты на ВК, посев мокроты, а/биограмма (при наличии мокроты, пневмонии);
- анализ крови на ВИЧ.

При подозрении на применение наркотических средств назначается консультация нарколога. Затем врач-кардиолог/ дежурный кардиолог распечатывает направление на анализы и передает его палатной медицинской сестре.

4. Получив направление на анализы, палатная медицинская сестра заносит данные в историю болезни в qMS и выдает пациенту контейнер под биоматериалы.

5. Пациент самостоятельно собирает в стерильные контейнеры биоматериалы (общий анализ мочи, кал на Я/Г). Заполненные контейнеры с биоматериалами пациент передает процедурной медицинской сестре.

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 клинично-диагностическую лабораторию (посев крови на стерильность, анализ крови на ВИЧ, общий анализ мочи, кал на Я/Г) и бактериологическую лабораторию (цитологическое исследование мокроты на ВК, посев мокроты, а/биограмма).

6. После сдачи анализов пациент возвращается в палату. В первые сутки палатная медицинская сестра каждые три часа проводит оценку состояния пациента, контролируя:

- температуру тела;
- САД;
- ЧСС;
- ЧДД.

По назначению врача выполняет инъекции или выдает препараты. После заносит информацию в историю болезни в qMS,

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

- температура тела > 38°C;
- САД < 100 мм рт. ст.;
- ЧСС > 120 уд. в минуту;

– ЧДД > 25 в минуту.

7. Врач-кардиолог, получив вызов от палатной медицинской сестры или при плановом осмотре, оценивает состояние пациента, рассматривает результаты исследований, назначает или корректирует а/б терапию, а в случае необходимости вызывает врача анестезиолога-реаниматолога (далее – врач ОАР). Условия для вызова врача ОАР:

- SpO₂ < 90 %;
- САД < 90 мм рт. ст.;
- острое снижение САД > 30 мм рт. ст. при АГ;
- ЧСС > 120 уд. в минуту;
- ЧДД > 30 в минут;
- клиника отека легких;
- отсутствие диуреза.

Все данные о пациенте врач-кардиолог вносит в историю болезни в qMS.

8. Получив вызов, врач анестезиолог-реаниматолог прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ. При наличии показаний, пациент госпитализируется в отделение ОАР №2.

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

Если врач-кардиолог назначил/ скорректировал а/б терапию – лечение продолжается.

10. Врач отделения/ дежурный врач-кардиолог, получив вызов от палатной медицин-

ской сестры, оценивает жалобы пациента и течение заболевания в динамике, принимает решение о выписке/ дальнейшем лечении пациента. При необходимости назначаются дополнительные обследования:

- ЧП ЭХО-КГ (если трансторакальная ЭХО-КГ не информативна, а клиника есть). У больного с протезированными клапанами и электрокардиостимулятором ЧП ЭХО-КГ – диагностический тест первой линии;
- МСКТ (при выявлении данных за пневмонию при ИЭ);
- ФБС (с исследованием промывных вод для исключения легочного туберкулеза);
- УЗИ;
- ФГС;
- консультация фтизиатра.

По полученным результатам врач отделения/ дежурный кардиолог принимает решение о выписке/ дальнейшем лечении. Возможны три варианта решения:

- выписка – пациенту выдаются рекомендации по дальнейшему наблюдению;
- хирургическое лечение;
- консервативная терапия.

11. При решении о проведении хирургического лечения проводится консилиум специалистов. При необходимости пациента направляют на дополнительные обследования:

- КАГ;
- ФГС;

– УЗИ;

- консультация стоматолога, невролога, гинеколога, отоларинголога, уролога;
- консультация фтизиатра (при подозрении на легочный туберкулез).

Затем пациента переводят в кардиохирургическое отделение. Если дополнительные обследования не требуются, пациента переводят сразу после консилиума в кардиохирургическое отделение.

12. Если необходима консервативная терапия, врач отделения/ дежурный кардиолог проводит а/б терапию в течение 4-6 недель (при отсутствии эффекта проводится коррекция а/б терапии через 7-10 дней), контролирует ЭХО-КГ и/или ЧП ЭХО-КГ в динамике.

Если присутствует положительная динамика, врач отделения/ дежурный кардиолог выписывает пациента и дает ему рекомендации.

При отрицательной динамике врач отделения/ дежурный кардиолог оценивает жалобы пациента и принимает решение о дальнейшем лечении пациента.

Модифицированные критерии DUKЕ с дополнениями European Society of Cardiology 2015г.

Сокращения: 18F-ФДГ – 18F – фтордезоксиглюкоза, ОФЭКТ – однофотонная эмиссионная компьютерная томография, ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография.

Большие критерии	
Положительная культура крови для ИЭ a. Типичные микроорганизмы, соответствующие ИЭ, полученные из двух отдельно взятых культур крови: • Viridansstreptococci, Streptococcusgallolyticus (bovis), группа HACEK, Staphylococcus aureus или • внебольничный энтерококк при отсутствии первичного очага инфекции или b. Микроорганизмы, соответствующие ИЭ, полученные из постоянно положительной крови: • две или более положительные культуры из образцов, взятых с интервалом больше 12 часов или • все три или большая часть 4-х отдельно взятых культур крови (с первым и последним образцом, полученных с интервалом в 1 ч и более) или c. Единичная положительная культура крови на Coxiella или титр антител IgG 1 фазы >1:800 Методы визуализации, позитивные для ИЭ a. Позитивная эхокардиограмма для ИЭ: • вегетация • абсцесс, псевдоаневризма, внутрисердечная фистула • перфорация или аневризма клапана • новая частичная несостоятельность протезированного клапана. b. Аномальная активность вокруг места имплантации искусственного клапана, обнаруженная с помощью ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ (только если протез был установлен более трех месяцев назад) или с помощью радиоактивно меченых лейкоцитов при выполнении ОФЭКТ/КТ. c. Выраженное паравальвулярное поражение, определяемое с помощью КТ.	
Малые критерии	
1. Предрасположенность, такие как предшествующее состояние сердца или инъекционное применение наркотиков. 2. Лихорадка, определяемая как температура выше 38,0С. 3. Сосудистые явления (включая диагностированные только с помощью методов визуализации): массивные артериальные эмболии, септические легочные инфаркты, инфекционные (микотические) аневризмы, внутрисердечные кровоизлияния, конъюнктивальные кровоизлияния и пятна Джейнуэ. 4. Иммунологические проявления: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота и ревматоидный фактор. 5. Микробиологические признаки: положительная культура крови, не соответствующая большому критерию, отмеченному выше или серологические признаки активной инфекции с возбудителем, который соответствует ИЭ.	
Диагноз ИЭ считается окончательным при наличии: 2 больших критериев или 1 большого и 3 малых критериев или 5 малых критериев	Диагноз ИЭ считается возможным при наличии: 1 большого и 1 малого критерия или 3 малых критериев

Примечание: выделены дополнения European Society of Cardiology.

КИНЕЗИОТЕЙП: ЛЕЧЕБНАЯ АППЛИКАЦИЯ

В мае в Красноярске прошел семинар по применению лейкопластырных повязок при лечении травм, гематом, отеков и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Лейкопластырные повязки (тейпы) предназначены для фиксации суставов, стабилизации травмированного или подвергающегося повышенной нагрузке участка. Методу более 40 лет, первое время применялся только в спортивной медицине. Теперь, благодаря простоте и эффективности, актуален и в реабилитации травматологических пациентов.

Программа семинара на 70% состояла из практических занятий.

В первый день врачи, в том числе сотрудники краевой клинической больницы, познакомились с видами кинезиотейпов и особенностями их применения, методиками разрезания и аппликации, принципами работы тейпа при различных техниках наложения. Докторам показали мышечное мануальное тестирование основных мышц, работу с триггерными точками, провели функциональные, мышечные тесты, продемонстрировали варианты наложения кинезиотейпа.

Во второй день участники семинара отработали наложение тейпа при типичных ситуациях (гематомы, растяжение связок, мышечные боли различной этиологии, проблемы позвоночника, стимуляция мышц, отеки).

— Мы детально разобрали тейпирование при болях в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, плечелопаточный периаартрит, латеральный, медиальный эпикондилит, пателлофemorальный синдром, синдром илиотибиального тракта, тенденит собственной связки надколенника, тенденит гусиной лапки, растяжение голеностопного сустава, — рассказывает травматолог-ортопед КГБУЗ ККБ Леонид Лысин. — Для наших пациентов методика представляет ценность. Если гипсы, ортезы и бандажи ограничивают функцию не только поврежденных, но и здоровых тканей, то тейпирование является методом функционального лечения, сокращает сроки реабилитации после травм, повышает качество жизни.

Что такое тейп?

Высококачественный лейкопластырь, сделанный из гипоаллергенных материалов и воздухопроницаемый. Свойства тейпа таковы, что его можно носить до пяти суток без всякого вреда для здоровья.

По внешнему виду тейпы делятся на «полуфабрикаты» — рулоны, предназначенные для специалистов. Из них врачи выкраивают нужные наклейки, и, конечно, это экономичнее, чем другой вид тейпов, — уже готовые, нарезанные полоски, которыми можно пользоваться в домашних условиях. Такие тейпы продаются комплектом для разных частей тела.

Существует четыре основные формы тейпов: I (обычный неразрезанный тейп), X, Y плюс лимфа-тейп, представляющий собой так называемую «лапшу». Чаще всего при различных методах наложения кинезиотейпа используются формы с закругленными концами для продления срока ношения. А лимфа-тейп используется для мобилизующих методик.

По степени натяжения наклейки делятся на K-тейпы (до 140%) и R-тейпы (до 190%).

Кроме того, тейпы классифицируют по составу и плотности материала и даже по количеству клея.

Тейпы делятся по цвету: нейтральный, голубой, розовый, желтый, оранжевый, черный, зеленый, красный.

По эластичности кинезиотейп сравним с эластичностью кожных покровов человека.

Кому поможет?

Метод кинезиотейпирования актуален при отеках ног.

Техника кинезиотейпирования для снятия отека лодыжек называется лимфатической лентой. Лента применяется с легкой натяжкой в 10–20%. Чтобы вырезать полосы для лимфатической ленты, необходимо взять полоску кинезиотейпа и сделать несколько продольных разрезов, не доходя до конца на 5–7 см. Один конец тейпа накладывается выше лодыжки, «пальцы» разбросаны прямо над опухшей областью. При необходимости несколько полос можно вырезать отдельно и применять, пересекая друг над другом.

Тейпы дают отличные результаты для ускорения заживления ран без шрамов. Технология используется как в лечении бытовых и спортивных ран и шрамов, так и в пластической хирургии.

ВАЖНО: нельзя самостоятельно лечить серьезные повреждения. Даже в случае поверхностных ран необходима консультация врача.

И все же основное применение тейпы нашли в травматологии и ортопедии.

Свойство кинезиотейпирования		Результат
1	Стимулирует нервные окончания на коже, отвлекая боль от травмированного участка	Уменьшение болевого синдрома
2	Приподнимает кожу, «раздвигая» внутрикожное пространство, увеличивает пространство для циркуляции межклеточной жидкости, крови и лимфы	Улучшение лимфо- и кровообращения, уменьшение отека
3	Снижает давление на травмированный участок	
4	Расслабляет соединительные ткани	
5	Функционально поддерживает и стабилизирует мышцы, суставы и связки	Сохранение проприоцепции, профилактика атрофии и контрактур мышц, профилактика повторного травматизма, сокращение сроков реабилитации
6	Сохраняет свободу движений	Повышение качества жизни, улучшение мышечного тонуса и общей моторики
7	Обеспечивает опосредованное воздействие на внутренние органы	При наложении в области груди, живота — уменьшает боль, стимулируя нервные окончания

Благодаря вышеперечисленным эффектам, тейпы актуальны:

- при лечении ушибов мягких тканей и гематом, подвывихов, плечелопаточного периаартрита, головной боли, остеохондрозе позвоночника, люмбаго;
- для уменьшения воспалений, опухолей и отеков;
- улучшения кровообращения и лимфоциркуляции, снятия усталости перетруженных мышц, предотвращения или устранения спазмов и судорог;

- поддержки амплитуды движений;
- предотвращения растяжений и чрезмерных сокращений поврежденных мышц и связок, восстановления силы, усиления мышечного тонуса, усиления мышечного сокращения;
- улучшения подвижности и гибкости;
- улучшения осанки;
- для профилактики формирования грубых келоидных рубцов.

Кроме того, тейпы используются в неврологии (реабилитация после инсульта), гинекологии (уменьшение менструальных болей), педиатрии (нарушение функциональной моторики, реабилитация при ДЦП), эстетической медицине.

А еще тейпы незаменимы в ветеринарии. Травмированные кошки и собаки очень тяжело переносят ограничение в движении, кинезиотейпирование для них – беда и выручка.

Уроки наложения

Правила тейпирования:

Тейп накладывается только специалист.

Участок тела перед тейпированием чистый и сухой.

Участку или части тела перед тейпированием необходимо придать то положение, в котором оно и будет зафиксировано.

Правильно наложенный тейп не должен причинять неудобства, боль, вызывать онемение, покалывание, нарушение кровообращения.

Нельзя накладывать тейп при выраженном болевом синдроме, отеке тканей, на участки тела с волосяным покровом, на загрязненную или влажную кожу. Если на участке, на который будет наложен тейп, имеются ссадины или расчесы, его обрабатывают йодом (зеленкой) и подкладывают кусочек бинта, бактерицидный лейкопластырь.

Если место наложения тейпа постоянно контактирует с водой или находится в месте повышенного потоотделения, рекомендуется использовать тейпы с усиленным клеем.

Тейп накладывают за полчаса до активных физических упражнений.

При удалении тейпов необходимо применять специальную жидкость или спрей, особенно это актуально при тейпировании детей. Им следует пропитать ленту и по прошествии пяти минут безболезненно снять. Этот способ исключает покраснение кожи. При отсутствии специального средства тейп удаляется по направлению роста волос под небольшим углом.

При некоторых техниках кинезиотейпы при наложении не растягивают, в других случаях тейп можно слегка потянуть с требуемым натяжением (до 50% от исходного состояния).

Итак, вначале от ленты отрезается тейп нужной длины.

Первые и последние несколько сантиметров накладываются без растяжения.

Следует максимально растянуть кожу в месте наложения.

После наложения следует активировать тейп, несколько раз провести по его поверхности с небольшим усилием.

При неправильном тейпировании может возникнуть цианоз или нарушение кровообращения, а если тейп наложен недостаточно туго, он не будет выполнять функцию поддержки.

Аппликация кинезиотейпа выполняется за 30-45 минут до физической активности для улучшения приклеивания тейпа.



Сеть ортосалонов «Мединстал» тел. 218-17-20

Ближайший ортопедический салон «Мединстал» расположен на остановке «Краевая больница».

В ассортименте:

- бандажи; корсеты; корректоры осанки; ортезы на суставы;
- компрессионный и антиэмболический трикотаж;
- ортопедические стельки и корректирующие приспособления для стопы; ортопедическая обувь;
- средства по уходу за лежачими больными;
- расходные материалы (катетеры, зонды, емкости для биологических жидкостей, мочеприемники, трахеостомические трубки;
- полимерные гипсы;
- **кинезиотейпы**
- современные перевязочные материалы;
- медицинские инструменты;
- медицинская техника и т.д.

**Бесплатная доставка
в отделения стационаров.**

АНАЛИЗ РАБОТЫ ДИАЛИЗНОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ЗА 2015 ГОД

С. В. Ивлиев, И. В. Кульга
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

В течение последних четырех лет произошло двукратное увеличение количества диализных центров в Красноярском крае – с пяти до десяти. Открыты новые диализные центры: ООО «Гемодиализный центр, Красноярск» и межрайонные диализные центры в Ачинске, Канске, Лесосибирске и Минусинске. Это привело к увеличению доступности диализной терапии и росту числа больных, получающих хронический программный гемодиализ. Сегодня 640 больных получают диализную терапию по сравнению с 289 больными в 2011 году (таблица 1).

Диализные центры Красноярского края

№ п/п	Отделение /центр	Количество аппаратов	Количество смен	Количество больных на 1 января 2016 г.
1	Отделение хронического гемодиализа КГБУЗ ККБ с дневным стационаром	13	3	67
2	ООО «Гемодиализный центр Красноярск»	50	4	374
3	Ачинск	5	3	30
4	Канск	7	2	23
5	Лесосибирск	5	2	9
6	Минусинск	8	2	37
7	Норильск	3	3	24
8	Дудинка	2	3	12
9	Зеленогорск	9	2	34
10	Железногорск	10	2	30
Всего		112		640

Обеспеченность диализной терапией в Красноярском крае составляет 223,3 больного на 1 млн населения. Это несколько превышает российские показатели – 198 больных на млн [1]. Наибольшее число больных получает диализную терапию в центрах в Красноярске: ООО «Гемодиализный центр, Красноярск» – 58%, отделении хронического гемодиализа КГБУЗ ККБ с дневным стационаром – 10%. Половина диализных центров работает в трех-четырёхсменном режиме, что свидетельствует об интенсивном использовании диализной аппаратуры. Наличие двухсменной работы в остальных диализных центрах обусловлено, в первую очередь, нехваткой медицинского персонала, в первую очередь врачей, в диализных центрах.

Увеличение числа диализных мест и центров сопровождается большим ежегодным приростом числа новых больных (таблица 2).

Движение больных в 2015 году

№ п/п	Отделение /центр	Количество вновь принятых больных	Количество умерших	Количество выбывших
1	Отделение хронического гемодиализа КГБУЗ ККБ с дневным стационаром	34	5	25
2	ООО «Гемодиализный центр Красноярск»	102	16	36
3	Ачинск	3	3	0

4	Канск	4	3	3
5	Лесосибирск	2	3	2
6	Минусинск	11	1	1
7	Норильск	12	4	9
8	Дудинка	5	1	2
9	Зеленогорск	5	3	0
10	Железногорск	11	4	2
Всего		189	43	80

Количество новых больных на гемодиализе за 2015 год – 189. Прирост числа больных на хроническом программном гемодиализе за 2015 год составил 22,8%. В России за 2015 год прирост больных составил 14%. Число выбывших пациентов – 12,5%. Эти больные переехали в другой центр гемодиализа на территории Красноярского края, им была трансплантирована почка, либо они уехали в другой регион.

Смертность больных на гемодиализе за год составила 6,7%. Чаще всего неблагоприятный исход развивается у больных в течение полугода от начала диализной терапии и развивается у некомплаентных пациентов.

В 2015 году министерством здравоохранения Красноярского края утвержден приказ № 651-орг по оказанию помощи больным по профилю нефрология. В нем отражены критерии оценки эффективности диализной терапии.

При оценке эффективности гемодиализа в Красноярском крае мы использовали следующие критерии:

- продолжительность гемодиализа в неделю – 12 и более часов;
- достижение Kt/v – 1,3 и выше;
- статус питания больного – уровень альбумина 35 г/л и выше;
- коррекция анемии – уровень гемоглобина 100 и выше г/л;
- костно-минеральный обмен – уровень фосфора 0,81-1,78 ммоль/л, уровень паратгормона 150-300;
- водный баланс – междиализная прибавка не более 5% от веса;
- сосудистый доступ – эффективным считалось наличие артериовенозной фистулы (АВФ) или сосудистого протеза;
- коррекция артериального давления (АД) – ниже 140/90 мм рт ст.

При оценке достижения целевого Kt/v получены следующие результаты (таблица 3).

Достижение Kt/v

№ п/п	Отделение /центр	% больных, получающих гемодиализ 12 и более часов в неделю	% достижения Kt/v
1	Отделение хронического гемодиализа КГБУЗ ККБ с дневным стационаром	6%	82%
2	ООО «Гемодиализный центр Красноярск»	100%	94%
3	Ачинск	100%	93%
4	Канск	87%	61%
5	Лесосибирск	100%	100%
6	Минусинск	70%	100%
7	Норильск	75%	75%

8	Дудинка	100%	83%
9	Зеленогорск	97%	91%
10	Железногорск	100%	70%
Всего		87%	90%

В шести центрах из десяти 97-100% больных получают необходимую по продолжительности диализную терапию в неделю – 12 часов и более. Более низкие цифры в Канске, Минусинске, Норильске обусловлены дефицитом диализных мест. Очень низкий процент больных, получающих диализ менее 12 часов в неделю в ККБ. Это связано с тем, что эти пациенты не могут получать гемодиализ в межрайонных центрах (Канск, Ачинск, Минусинск) в связи с дефицитом диализных мест и вынуждены получать диализную терапию в ККБ. В силу отдаленности проживания данная категория больных не может три раза в неделю приезжать в ККБ.

Невозможность посещать диализ три раза в неделю является причиной отказа в терапии в ООО «Гемодиализный центр Красноярск». Отмечается низкий процент достижения эффективного Kt/v в Канске, Норильске, Железногорске, Дудинке, ККБ. В остальных центрах достигаемый Kt/v более 90%.

Оценка коррекции анемии и статуса питания показала следующее (таблица 4).

Коррекция питания и анемии

№ п/п	Отделение /центр	Уровень гемоглобина 100 г/л и выше	Уровень альбумина 35 г/л и выше
1	Отделение хронического гемодиализа КГБУЗ ККБ с дневным стационаром	60%	67%
2	ООО «Гемодиализный центр Красноярск»	71%	91%
3	Ачинск	53%	Не определяется
4	Канск	78%	100%
5	Лесосибирск	78%	Не определяется
6	Минусинск	65%	Не определяется
7	Норильск	33%	96%
8	Дудинка	33%	8%
9	Зеленогорск	74%	91%
10	Железногорск	87%	90%
Всего		68%	87%

Обращает внимание низкий уровень коррекции нефрогенной анемии. Только в половине центров у 70% и более больных достигается целевой уровень гемоглобина 100 и более г/л. При этом крайне низкий процент достижения целевого уровня гемоглобина в Норильске, Дудинке – 33% и Ачинске 53%.

Коррекция питания, которая оценивается по уровню альбумина, не оценена в трех центрах – Ачинск, Лесосибирск, Минусинск. В целом в большинстве центров у 90% и более пациентов достигнут целевой уровень альбумина. В среднем по краю у 87% больных уровень альбумина превышает 35 г/л. Обращает внимание крайне плохая коррекция питательного статуса в Дудинке – всего 8%.

При оценке косто-минерального обмена получены следующие данные (таблица 5).

Состояние косто-минерального обмена

№ п/п	Отделение /центр	Уровень фосфора (0,81-1,78 ммоль/л)	Уровень паратгормона (150-300 пг/мл)	Количество больных после паратиреоидэктомии
1	Отделение хронического гемодиализа КГБУЗ ККБ с дневным стационаром	49%	39%	0

2	ООО «Гемодиализный центр Красноярск»	74%	52%	8%
3	Ачинск			
4	Канск			
5	Лесосибирск			
6	Минусинск	32%	51%	0
7	Норильск			
8	Дудинка			
9	Зеленогорск	27%	47%	3%
10	Железногорск	53%	41%	3%
Всего		65%	49%	6%

В среднем у 65% больных достигается целевой уровень фосфора. Наилучшие результаты у ООО «Гемодиализный центр Красноярск». Низкие проценты по целевым уровням фосфора достигнуты в Минусинске и Железногорске. Только у половины больных уровень паратгормона соответствует целевым значениям. При этом практически одинаковые цифры получены во всех центрах.

Всего у 6% больных проведена паратиреоидэктомия. Наиболее вероятно, это связано с тем, что не во всех центрах есть возможность мониторировать уровень паратгормона. Необходимо больше внимания уделять выявлению и коррекции косто-минерального обмена, поскольку он является одним из важных факторов отдаленных исходов диализной терапии.

К сожалению, уровень фосфора, паратгормона не определяется в половине диализных центров края. То есть у 15% больных, получающих диализную помощь в Красноярском крае, невозможно оценить состояние косто-минерального обмена.

Оценка сосудистого доступа показала, что 95% пациентов имеют достаточный сосудистый доступ в виде артерио-венозной фистулы или сосудистого протеза. Всего у 5% больных в качестве сосудистого доступа используется двупросветный катетер. Его недостатками являются недостаточно высокая скорость забора крови, более высокий риск развития катетерассоциированного инфекционного эндокардита или сепсиса. А это, безусловно, является факторами недостижения целевых цифр Kt/v и других показателей диализной терапии.

Выводы

Прирост больных на гемодиализе в крае за 2015 год составил 22,6%. При этом смертность составляет всего 6,7%.

Подавляющее число больных получают гемодиализ в режиме 12 и более часов в неделю. При этом у 90% пациентов достигается целевой Kt/v 1,3 и выше.

В популяции диализных пациентов необходимо улучшение коррекции анемии и косто-минерального обмена, которые откорректированы только у 2/3 больных в крае.

Для увеличения доступности диализной терапии необходимо увеличение числа смен работы в диализных центрах, а в последующем диализных мест в имеющихся или создание новых диализных центров.

С целью увеличения доступности в заместительной почечной терапии необходимо внедрение перитонеального диализа.

В большом числе диализных центров в силу различных причин не проводится мониторинг и коррекция нарушений питания, косто-минерального обмена.

Литература

Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998-2013 гг. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. / Нефрология и диализ приложение к Т. 17, № 3, 2015, С. 5-111.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

*Е. А. Алексеева, А. В. Андрейчиков, А. Н. Вохмин, Ю. М. Галеева, В. С. Галич, Т. О. Дугаржапова,
Ф. П. Капсаргин, А. Н. Капустинский, Н. Ю. Климов, Н. А. Костюк, Д. И. Лалетин, А. В. Пучко, Н. В.
Савватеев, М. А. Фирсов, В. В. Шевцова, А. И. Юнкер
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее частым заболеванием мужчин пожилого и старческого возраста и достигает 80% в возрасте 75-80 лет. Социальная значимость и актуальность этой проблемы подчеркивается демографическими исследованиями: по данным ООН, в 2005 году на Земле насчитывалось свыше 125 млн. населения старших возрастных групп, а к 2010 году их доля увеличилась на 60%, причем в большей части за счет лиц в возрасте 80 лет и старше.

Абсолютное число больных с заболеваниями предстательной железы в России в последние годы прогрессивно возрастало, увеличившись с 717 890 человек в 2002 году до 1 124 417 (56,6%) в 2008 году [1, 4, 9].

Эндоурологические вмешательства при заболеваниях нижних мочевых путей (НМП) занимают значительное место среди средств лечебного воздействия. Накопление значительного опыта и дальнейшее совершенствование оперативной техники дало возможность расширить показания к трансуретральной эндохирургии [7].

С накоплением клинического опыта в применении эндоскопических вмешательств в урологии прогрессивно снижается количество осложнений подобных операций на фоне постоянного технического усовершенствования применяемых методик и разработки новых способов лечения [2]. Несмотря на высокую эффективность трансуретральной резекции при ДГПЖ, нельзя не учитывать возникающие в ряде случаев негативные последствия в виде дизурии и длительной ирритативной симптоматики [8].

Операция приводит к активации симпатоадреналовой системы, стимуляции α -1 адренорецепторов нижних мочевых путей с каскадом физиологических реакций (спазм сосудов детрузора, нарушение кровообращения, повышение активных форм кислорода, снижение антиоксидантной активности тканей, некорординированное сокращение гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря, задней уретры и детрузора), результатом которых становятся нарушения мочеиспускания в послеоперационном периоде [2].

Таким образом, расстройства мочеиспускания в послеоперационном периоде, после различных эндоурологических вмешательств представляют собой достаточно сложную проблему, требующую обоснованного подхода к ее решению.

Для коррекции СНМП в раннем послеоперационном периоде после ТУР мы предлагаем использовать α 1-адреноблокатор — тамсулозин (омник), снижающий тонус гладкой мускулатуры предстательной

железы, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры и улучшающий функции детрузора. Этот препарат чаще используют для консервативного лечения СНМП до оперативного вмешательства, но механизм действия препарата позволяет нам предположить его эффективность и после ТУР.

Методика исследования

В исследование включены 20 пациентов, которым выполнена ТУРП при ДГПЖ. Всех пациентов разделили на группы: 1-я (основная) группа — пациенты после ТУРП, получавшие омник, — 10 человек. 2-я (контрольная) группа — пациенты после ТУРП, не получавшие омник, — 10 человек.

Средний возраст пациентов составил: первой группы — 61,4, а второй — 68,3 года. Давность заболевания — 6,4 и 5,5 года соответственно. Критерием субъективной оценки мочеиспускания была принята международная шкала нарушения мочеиспускания (IPSS+QOL), которая оценивалась до и после оперативного вмешательства на 2-е, 3-и, 4-е сутки.

Определение показателей урофлоуметрии и объема остаточной мочи в мочевом пузыре были выбраны для объективной оценки мочеиспускания. Результаты анализа анкетирования IPSS в группах до операции значимо не отличались и составляли в первой группе 24 балла и 25 во второй, а качество жизни в обеих группах оценили на показатель «плохо».

Урофлоуметрическое исследование акта мочеиспускания в обеих группах до операции выявило неудовлетворительные показатели 4,75 мл/с в первой и 7,1 мл во второй. Меньшие скоростные показатели при урофлоуметрии сочетались с наличием остаточной мочи. Объем остаточной мочи в мочевом пузыре больше был отмечен в первой группе — 210,2 мл, во второй — 147,2 мл. При трансректальном ультразвуковом исследовании объем предстательной железы был больше нормы и составил в обеих группах: 49,7 мл — в первой группе, 58,4 мл — во второй.

Результаты исследования

Выявлено, что применение α -адреноблокаторов (омника) в раннем послеоперационном периоде после ТУР является эффективным способом борьбы с симптомами нижних мочевых путей. Снижение симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS в основной группе было более выражено (рис. 1).

Разделение шкалы IPSS на симптомы опорожнения и накопления в группах указывала их наибольшее снижение симптомов опорожнения в первой группе (рис. 2).

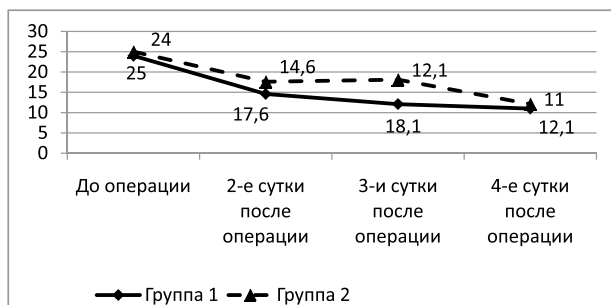


Рис. 1. Динамика снижения симптомов IPSS

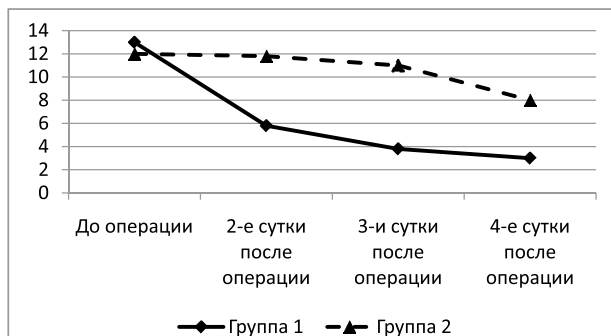


Рис. 2. Изменение симптомов опорожнения

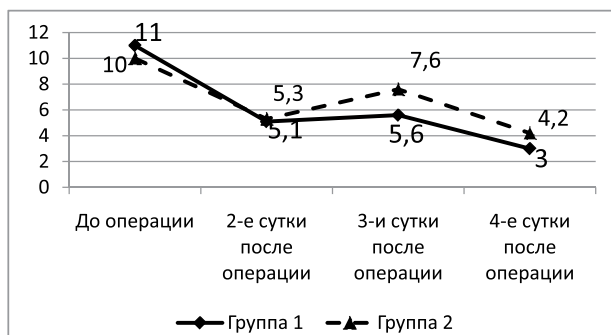


Рис. 3. Изменение симптомов накопления по IPSS в группах

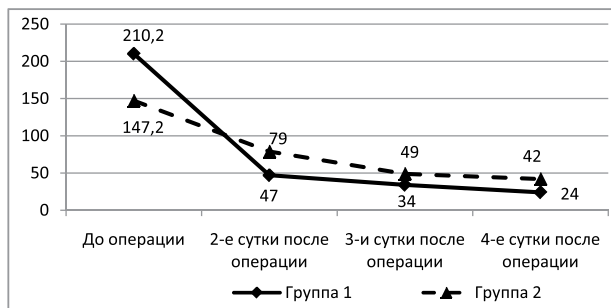


Рис. 4. Определение объема остаточной мочи при ультразвуковом исследовании, мл.

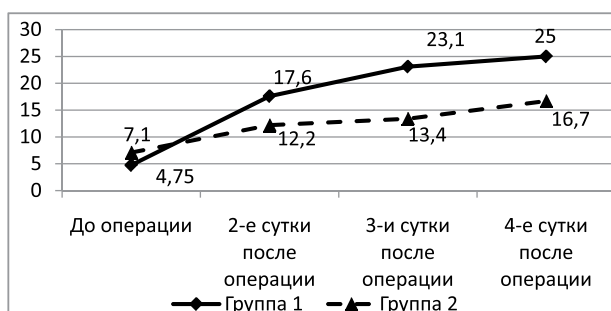


Рис. 5. Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с

При этом симптомы накопления в группах существенно не отличались, однако меньше были выражены у пациентов, принимавших омник. Отмечалось повышение симптомов накопления на 3-и сутки у всех пациентов, однако в опытной группе это повышение было значительно меньше (рис. 3).

По данным инструментальных исследований, отмечается значительное улучшение оцениваемых показателей в основной группе. Так, количество остаточной мочи было в динамике снижения отмечено в группе пациентов, принимавших α -адреноблокаторы (рис. 4).

Показатели урофлоуметрии были лучше у пациентов, принимавших α -адреноблокаторы, при этом динамика улучшения мочеиспускания в группах практически параллельная, но у пациентов 1-й группы показатели значительно выше (рис. 5).

Выводы

Трансуретральная резекция простаты при ДГПЖ приводит к улучшению акта мочеиспускания.

Применение α -адреноблокатора (омника) в раннем послеоперационном периоде после ТУР способствует быстрому восстановлению акта мочеиспускания.

Снижение симптомов нижних мочевых путей после ТУР наблюдается эффективнее при назначении α -адреноблокаторов (омника) в первые сутки после операции.

Применение α -адреноблокаторов (омника) в раннем послеоперационном периоде после ТУР для уменьшения дизурических расстройств и формирования адекватного акта мочеиспускания считаем оправданным.

Литература

- Аполихин О.И. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // О.И. Аполихин. Экспериментальная и клиническая урология. — 2010. — № 1. — С. 4-11.
- Иващенко В.А. Диагностика и медикаментозная коррекция симптомов нижних мочевых путей после ТУР доброкачественной гиперплазии предстательной железы // В.А. Иващенко, А.А. Дюсюбаев. Медицинский вестник Башкортостана. — 2013. — Том 8. — № 2. — С. 62-66.
- Локшин К.Л. Возможности современных α 1-адреноблокаторов в лечении больных, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы // К.Л. Локшин. Российский медицинский журнал. Урология. — 2011. — № 16. — С. 1010-1012.
- Лукьянов И.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Современные возможности лечения // И.В. Лукьянов. Русский медицинский журнал. — 2008. — № 14. — С. 830-834.
- Оптимизация методов медикаментозного лечения больных аденомой предстательной железы // О.И. Братчиков, Е.А. Шумакова, А.А. Шукри, Мохаммед, Е.Ю. Трифонов, А.П. Хмарук, А.А. Крюков, Д.В. Михайлов. // Человек и его здоровье. — 2011. — № 3. — С. 34-41.
- Оценка эффективности лечения гиперактивности мочевого пузыря и анализ морфологических особенностей детрузора у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // А.И. Неймарк, А.Г. Лихачев, В.И. Саламанов, О.В. Громов, А.А. Селиванов. Сибирский медицинский журнал. — 2010. — № 1. — С. 10-14.
- Переверзев А.С. Заболевания предстательной железы // А.С. Переверзев, Н.Ф. Сергиенко, Ю.А. Илюхин. «С.А.М.» — 2005. — С. 206.
- Петрова С.Б. Хирургия предстательной железы // С.Б. Петрова. Санкт-Петербург. — 2004. — С. 270.
- Clifford G.M. Medical therapy for benign prostatic hyperplasia: a review of the literature / G.M. Clifford // Eur. urol. — 2008. — Vol. 38. — P. 2-19.

ЛЕЧЕНИЕ РАН ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

*Д. В. Терсков, Д. В. Черданцев, В. Ю. Дятлов
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

Истоки методики лечения отрицательным давлением можно проследить с древних времен. Чаще всего вакуум-терапию использовали с целью кровопускания. Существуют упоминания, что в Древнем Риме Клавдий Гален применял банки, которые нагревали пламенем лампы и накладывали на кожу поверх небольших надрезов, полагая, что таким образом из организма удаляются различные яды, являющиеся первопричиной многих заболеваний.

В Древней Руси использовались банки (горшки), в которых создавался вакуум прогреванием емкости изнутри, затем сосуд прикладывали к различным частям тела, как с неповрежденной кожей, так и с признаками воспаления и ранами. В крестьянских семьях женщины лечили мастит, используя накладывание горшков.

Оценка опыта применения этих методов в народной медицине способствовала внедрению простейших вариантов применения отрицательного давления в официальной медицине. Положительные клинические эффекты вакуумного воздействия нашли отражение в работах хирургов, стоматологов, терапевтов, невропатологов, спортивных врачей, а также в других областях медицинской практики.

Так, в середине XIX века выдающийся русский хирург Н. И. Пирогов теоретически обосновал этот метод и назвал его наружной вакуум-аспирацией. Он считал, что разреженный воздух способствует ликвидации воспалительного экссудата, механически очищая раневую поверхность.

T. Billroth высказал мнение, что воздействие отрицательного давления вызывает усиление миграции лейкоцитов в зоне воспаления, а увеличение их количества оказывает выраженное «рассасывающее действие» на «болеющие» ткани. Rogowicz считал, что местная застойная гиперемия сопровождается усилением регионарного тока лимфы, а циркулирующие в зоне гиперемии лимфоциты являются именно тем субстратом, который обеспечивает лечебный эффект.

Важной вехой научного обоснования применения с лечебно-профилактической целью разреженного воздуха являются работы немецкого хирурга Августа Бира «Искусственная гиперемия как метод лечения» (1906) и «Лечение застойной гиперемии» (1908). Он применял «сухие банки» при лечении фурункулов, карбункулов, абсцессов, маститов, инфильтратов. При этом А. Бир, называя действие застойной гиперемии могущественным, предлагал использовать ее для предупреждения инфекционных осложнений в чистых ранах.

Начинающийся очаг острого воспаления он называл «благодарнейшей почвой для использования этого способа лечения». Он дал четкое обоснование лечебных свойств метода, которое включало, главным образом, «создание продолжительного и тщательного гиперемирования».

Сутью разрешающего действия искусственной гиперемии в тканях, по его мнению, является рассасывание рубцов, узлов, сгустков крови за счет повышенного содержания лейкоцитов и выделяемых

ими ферментов. Кроме того, А. Бир указывал на «всасывающее и болеутоляющее действие» застойной гиперемии за счет быстрого выведения различных веществ из зоны воспаления, ускорения оттока экссудата [1].

Вакуумная терапия на современном этапе является инновационным методом лечения ран различной этиологии, ускоряющим течение раневого процесса. Термин Vacuum-assisted closure (VAC® therapy) предложен специалистами компании Kinetic Concepts, Inc. (KCI, США, Сан-Антонио), которые являются первопроходцами в разработке профессионального оборудования для вакуумной терапии ран.

Сотрудниками компании были организованы и выполнены основные многоцентровые клинические исследования по лечению различного типа ран, на которых основываются современные представления о показаниях и противопоказаниях к применению метода, выбору режимов терапии, материалов и механизмов для проведения лечения, длительности терапии, выявлении осложнений и нежелательных явлений и др.

В современной медицинской периодике можно встретить много терминов, обозначающих вакуумную терапию ран. К ним относятся, в основном, англоязычные термины: Negative pressure wound treatment (NPWT), Topical negative pressure treatment (TNP), Vacuum assisted the rapy, Vacuum closure the rapy, Vacuum sealing technique, Subatmospheric pressure dressings, Vacuum Instillation therapy и др. Наибольшее распространение получили следующие названия методики: Negative pressure wound treatment (NPWT), V.A.C.therapy, Topical negative pressure treatment (TNP). В России чаще используют следующие понятия — вакуумная терапия (вакуум-терапия) ран, вакуум-ассистированные повязки, лечение ран отрицательным давлением.

Для наложения вакуумной повязки чаще всего используется гидрофильная полиуретановая губка с размером пор от 400 до 2000 микрометров, герметизирующее пленочное адгезивное покрытие, дренажная трубка и источник вакуума с емкостью для сбора жидкости. В определенных случаях может быть использована поливиниловая губка с размером пор 700-1500 микрометров, встречаются упоминания о поливиниловой губке с размером пор 60-270 микрометров.

Аппараты для вакуумной терапии способны создавать и поддерживать длительное время отрицательное давление в ране в постоянном или прерывистом режиме. Используется отрицательное давление в диапазоне от 50 до 200 мм рт. ст., оптимальным считается уровень отрицательного давления в ране 125 мм рт. ст. При поверхностных дефектах для повышения надежности герметичности системы можно наносить по периметру раны пасту Стомагезив (или ее аналог).

Противовоспалительный эффект вакуумной терапии ран продемонстрирован Morykwas, M.J., Argenta, L.C. в исследованиях на животных в 2006 году в Сан-Антонио (США). Доказано, что при исполь-

зовании вакуумной терапии по сравнению со стандартной обработкой ран физиологическим раствором уровень противовоспалительного цитокина интерлейкин – 10 (IL10) выше [3]. Исследования фрагментов мышечной ткани, взятой у пациентов, получающих вакуумную терапию, показали значительное снижение тканевой инфильтрации макрофагами и снижение экспрессии воспалительных цитокинов (IL-1b, TNF-alpha) по сравнению с лечением традиционными способами [4].

В исследованиях *in vitro* показано, что отрицательное давление стимулирует миграцию и пролиферацию эндотелиоцитов, ангионогенез [5]. Отмечено, что выработка эндотелиоцитов мигрирующего и пролиферативного типа выше при использовании режима прерывистого отрицательного давления. Отрицательное давление не оказывает никакого влияния на функции кожных фибробластов [6].

В исследованиях на свиньях продемонстрировано более быстрое формирование грануляционной ткани в ранах по сравнению с использованием повязок, создающих влажную среду. За счет удаления избытка раневого экссудата уменьшается микробное обсеменение ран [7]. При изучении различных режимов воздействия отрицательного давления на рану доказано, что чередование циклов покоя и вакуумирования улучшает эластичность тканей, способствует выработке факторов роста эндотелия сосудов (VEGF) и фибробластов (FGF-2) [8].

Ведущие зарубежные и отечественные специалисты в области ран и раневой инфекции выделяют следующие лечебные эффекты воздействия на раневой процесс отрицательного давления:

1. Активное удаление избыточного раневого отделяемого, в том числе веществ, замедляющих заживление раны (например, матриксные металлопротеазы и продукты их распада).

2. Сохранение влажной раневой среды, стимулирующей ангиогенез, усиливающей фибринолиз и способствующей функционированию факторов роста.

3. Ускорение снижения бактериальной обсемененности тканей раны. В исследованиях DeFranzo A.J. et al. и Morykwas M. et al. (1999) было доказано, что деконтаминация раны ниже критического уровня при использовании вакуум-терапии достигается к 4-5-м суткам против 11 суток при других методах местного лечения ран.

4. Снижение локального интерстициального отека тканей, межклеточного давления, усиление местного лимфообращения и транскapиллярного транспорта, что в результате улучшает раневую среду и питание тканей и увеличивает скорость формирования грануляционной ткани, а улучшение перфузии раневого ложа также дополнительно способствует деконтаминации раны.

5. Усиление местного кровообращения. В исследованиях Morykwas M. et al было выявлено, что прирост интенсивности местного кровообращения при уровне отрицательного давления 125 мм рт. ст. достигал примерно 400% по отношению к исходному уровню, а применение локального прерывистого вакуума в течение 5 минут на уровне 125 мм рт. ст. с последующим отсутствием вакуумного воздействия в течение 2 минут является наиболее оптимальным режимом лечебного воздействия на рану для стимуляции местного кровообращения.

6. Деформация тканевого ложа. Стенки открытых пор губки прикрепляются к раневому ложу, в то время как внутренняя часть пор не входит в соприкосновение с раной. Таким образом, за счет локального отрицательного давления происходят растяжение и деформация ткани раневого ложа. Это вызывает деформацию клеток вакуумируемых тканей и стимулирует миграцию и пролиферацию клеток. Это похоже на процесс клеточной пролиферации, который имеет место при использовании метода дозированного тканевого растяжения в

пластической хирургии, а также при использовании дистракционных костных аппаратов в травматологии, ортопедии и челюстно-лицевой хирургии.

В исследованиях *in vitro* показано, что растяжение клеток способствует их пролиферации, в то время как нерастянутые клетки утрачивали способность к столь же интенсивному делению. Экспериментальное изучение данного эффекта позволило объяснить его особенностями строения цитоскелета и наличием косвенных связей между клеточной стенкой и ядром клеток. Эти связи в эксперименте передают механические силы растяжения клеточной стенки к ядрам клеток, приводя к ряду событий, результатом которых является повышение выработки факторов роста, тканевых протеинов, генной экспрессии, которая индуцирует приспособительные изменения в клетках и усиливает процесс клеточной пролиферации.

7. Уменьшение площади раны. Прямое воздействие отрицательного давления на дно и края раны в условиях внешней изоляции оказывает постоянный эффект в отношении краев раны, способствуя ее стяжению. Этот эффект напрямую снижает размеры раны, независимо от интенсивности клеточной пролиферации. Вакуумная терапия посредством улучшения качества грануляционной ткани повышает шансы на успех в закрытии раны местными тканями.

Вследствие того, что вакуумная повязка уменьшает размеры раны, предварительное растяжение местных тканей перед пластикой может не понадобиться. Наложение вакуум-повязки на пересаженный расщепленный кожный лоскут улучшает адаптацию лоскута к раневой поверхности, позволяет удалять избыточный и раневой экссудат, стимулирует ангиогенез и предохраняет пересаженный лоскут от смещения. Для применения метода вакуумной терапии после осуществления свободной кожной пластики и укрытия вакуумной повязкой кожных лоскутов рекомендуется использование уровня отрицательного давления от 50 до 75 мм рт. ст. вместо традиционно используемых 125 мм рт. ст.

Раневая гипоксия. Прямое воздействие вакуума на раневое ложе приводит к локальному снижению парциального давления кислорода в ране, однако это стимулирует формирование новых сосудов и дальнейшее улучшение качества грануляционной ткани. Тем самым в итоге обеспечивается усиление тканевой оксигенации.

9. Сокращение затрат. Вакуум-повязки накладываются бесценно на длительный срок (в среднем от 3 до 7 суток), что позволяет даже в первую фазу раневого процесса обходиться без перевязок, экономия перевязочных средств, препараты местного действия, а также силы и время медицинского персонала.

10. Профилактика внутрибольничных инфекций. Длительное отсутствие перевязок у стационарного больного, а значит, контакта раны с инструментом и воздухом лечебного учреждения, руками медицинского персонала снижает риск контаминации раневой поверхности госпитальными штаммами микроорганизмов.

11. Усиление эффекта медикаментозного лечения. В условиях усиления местного крово- и лимфообращения и транскapиллярного транспорта, улучшения перфузии раневого ложа увеличивается концентрация в тканях раны вводимых парентерально и перорально лекарственных средств, что также повышает общую эффективность лечения. К этому следует добавить, что быстрое и эффективное лечение ран с помощью вакуумной терапии имеет значительные преимущества применения, связанные с увеличением выживаемости пациентов, снижением затрат на лечение, улучшением качества жизни и уменьшением числа раневых и системных осложнений и повторных операций.

Следующим эффективным этапом развития методики лечения ран отрицательным давлением является сочетание дренажно-промывной и вакуумной систем. В зарубежной литературе такой технологический подход получил название вакуум-инстилляционная терапия (Vacuum Instillation Therapy, Negative Pressure Wound Therapy Instillation).

В условиях выраженной контаминации ран, с наличием дополнительных гнойных полостей и карманов, при гнойном поражении прилежащих костных структур, к созданному отрицательному локальному давлению добавляется промывание растворами антисептиков. При тяжелом болевом синдроме в промывной раствор можно добавлять анестетики. С целью создания влажной среды в асептических ранах целесообразно использовать раствор Рингера.

Вакуум-терапия с промывной системой улучшает течение всех стадий раневого процесса. Для нее характерны эффекты классической технологии вакуум-терапии, а инстилляционная жидкость способствует более быстрому очищению раны за счет создания влажной среды и антисептического воздействия на микроорганизмы.

Сочетание вакуумной терапии с инстилляцией растворов было описано Fleischmann в 1998 году [9]. В ретроспективном анализе результатов лечения пяти пациентов Wolvostal (2004) оценили результаты вакуумно-инстилляционной терапии с использованием растворов анестетика или антибиотика. У всех пациентов наблюдались гнойные раны с болевым синдромом. Длительность инстилляций растворов был в диапазоне 15–60 секунд, с 5-минутным перерывом в работе и последующим чередованием отрицательного давления 125 мм рт. ст.

Цикл повторялся каждые три часа. Процедура продолжалась в среднем 15 дней. В некоторых случаях для инстилляций были использованы лидокаин, ванкомицин, гентамицин и тобрамицин. После инстилляций патологический рост микроорганизмов не наблюдался, болевой синдром значительно уменьшался [10].

Bernstein и Tam (2005) сообщают о вакуум-инстилляционной терапии послеоперационных ран у больных с синдромом диабетической стопы. Цикл лечения состоял из введения 0,9%-ного раствора хлорида натрия, полимиксина В, бацитрацина, продолжительность инстилляций раствора в рану составляла 90 секунд, далее следовала экспозиция раствора, пауза в течение 5 минут. Затем отрицательное давление 12 мм рт. ст. в течение 6 часов. Авторы констатировали снижение сроков пребывания в стационаре, частоты ампутации, а также отметили, что инстилляционная терапия уменьшает вязкость экссудата и способствует более эффективной элиминации экссудата из раны [11].

В более поздних исследованиях Gabriele et al (2008) приводят результаты применения ВИТ у 15 пациентов с гнойными ранами, которым проводилась терапия с раствором нитрата серебра, по сравнению с лечением марлевыми салфетками. Результаты показали, что пациентам, получавшим ВИТ, по сравнению с больными группы сравнения требовалось значительно меньшее количество дней лечения ($9,9 \pm 4,3$ против $36,5 \pm 13,1$ дня, $p < 0,001$). Наблюдались более короткие сроки очищения ран ($6 \pm 1,5$ против $25,9 \pm 6,6$ дня, $p < 0,001$), длительность закрытия ран ($13,2 \pm 6,8$ против $29,6 \pm 6,5$ дня, $p < 0,001$). Авторы пришли к выводу, что использование ВИТ может сократить затраты и уменьшить сроки пребывания пациентов с инфицированными ранами в стационаре [12].

В ретроспективном исследовании Timmers et al (2009) оценили клинические результаты лечения 30 пациентов с диагнозом остеомиелит костей таза или нижней конечности, которым произведена хирургическая санация, получавших системную антибиотикотера-

пию с последующим добавлением ВИТ с использованием раствора Polyhexanide (Пронтосан). Пациенты контрольной группы получали стандартную хирургическую обработку, имплантацию спейсера с гентамицином и внутривенные инфузии антибиотика.

У больных NPWTi уровень рецидивов инфекции составила 3/30 (10%) по сравнению с 55/93 (58,5%) в контрольной группе ($p < 0,0001$). Кроме того, для пациентов, получавших ВИТ, общая продолжительность пребывания в стационаре была значительно короче (36 [диапазон: 15–75] против 73 дней [диапазон: 6–149]; $p < 0,0001$), а количество хирургических санаций было значительно меньше по сравнению с контрольной группой (2 [диапазон: 1–4] в. 5 [диапазон: 2–42]; $p < 0,0001$). Авторы пришли к выводу, что у больных с посттравматическим остеомиелитом добавление в схему лечения ВИТ снижает потребность в повторных хирургических вмешательствах по сравнению со стандартной терапией [13].

Кроме того, Schintler и др. (2009) сообщили об успешном лечении с помощью ВИТ 15 больных с инфекциями кожи и мягких тканей. Проводилась инстилляционная терапия раствором Полигексанида (Пронтосан). Время введения раствора зависело от размеров раны, пауза составляла 20 минут во всех случаях. Продолжительность терапии составляла от 4 до 18 суток со сменой повязок через 2–4 дня. Наблюдалось купирование инфекции, полное заживление было достигнуто у всех пациентов. Авторы пришли к выводу, что ВИТ оптимальна для лечения гнойных ран кожи и подкожной клетчатки [14].

В 2010 году Raad и др. провели ретроспективный обзор проспективной базы лечения ран в течение двух лет. Пяти пациентам с варикозными трофическими язвами (> 200 см²) и колонизацией больше чем 105 бактерий (у двух больных высевался мультирезистентная *Pseudomonas*, у трех пациентов верифицирован метициллин-резистентный стафилококк) была произведена хирургическая обработка, а затем наложена вакуум-ассистированная повязка с инстилляцией в течение 10 дней с раствором 12,5% Dacin (раствор гипохлорита натрия, борной кислоты), раствор вводился в течение 10 минут каждый час.

После 10 дней терапии при исследовании биоптатов из двух мест в области раны зафиксировано отсутствие патогенной флоры. Это позволило следующим этапом произвести аутодермопластику с наложением вакуум-ассоциированной повязки в течение четырех дней. Аутодермотрансплантат прижился на 100% поверхности, и в течение года все язвы полностью были заживлены. Результаты свидетельствуют о том, что вакуумная инстилляционная терапия является эффективной в лечении хронических варикозных трофических язв [15].

Встречаются отдельные клинические наблюдения с использованием методики вакуум-инстилляционной терапии ран у больных с сахарным диабетом Christy L. Scimesa и др. (2010), когда в раствор антисептика добавляется инсулин. Эффективность и целесообразность этого метода требует более широкого изучения.

Вакуумно-инстилляционные системы выпускаются двумя компаниями — Kinetic Concepts, Inc., (Сан-Антонио, штат Техас) и Svedman в Sved TM. Они представляют собой аппарат для вакуумной терапии, в который дополнительно встроен блок для приточной инстилляционной. К сожалению, эти компании не представлены в России.

Таким образом, методика вакуумной инстилляционной терапии является следующим перспективным этапом развития метода лечения ран субатмосферным отрицательным давлением. Вакуум-инстилляционная терапия в комплексном лечении инфицированных и гнойных, острых и хронических ран способствует более быстрому купированию местного гнойно-воспалительного процесса, декон-

таминации ран, очищению от некрозов, позволяет сократить сроки подготовки раны к пластическому закрытию, избежать ежедневных болезненных перевязок, предотвратить развитие внутрибольничной инфекции.

В 2014 году в США состоялся первый международный консенсус и опубликованы международные рекомендации по лечению ран вакуумно-приточным методом. Несмотря на очевидную перспективу и положительный эффект лечения ран методом вакуум-инстилляций, многие вопросы остаются открытыми и требуют дополнительного изучения. В перспективе следует уделить внимание разработке оптимального рабочего цикла вакуум-инстилляционной терапии: введение раствора — пауза — отрицательное давление, частоте и длительности курса и подбору оптимальных растворов для инстилляций.

Литература

1. Основы вакуум-терапии: теория и практика. Михайличенко П.П. Издательство: М.: АСТ. Год издания: 2005. Страницы: 318. ISBN 5-17-029946-X.
2. Давыдов Ю. А., Ларичев Л.Б. Вакуум-терапия ран и раневой процесс. — М.: Медицина, 1999. — 160 с.
3. Kilpadi, D.V., Bower, C.E., Reade, C.C. et al. Effect of Vacuum Assisted Closure Therapy on early systemic cytokine levels in a swine model. *Wound Repair Regen* 2006; 14: 2, 210-215.
4. Eisenhardt, S.U., Schmidt, Y., Thiele, J.R. et al. Negative pressure wound therapy reduces the ischaemia/reperfusion-associated inflammatory response in free muscle flaps. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012; 65: 5, 640-649.
5. Baldwin, C., Potter, M., Clayton, E. et al. Topical negative pressure stimulates endothelial migration and proliferation: a suggested mechanism for improved integration of Integra. *Ann Plast Surg* 2009; 62: 1, 92-96.
6. Greene, A.K., Puder, M., Roy, R. et al. Microdeformational wound therapy: effects on angiogenesis and matrix metalloproteinases in chronic wounds of 3 debilitated patients. *Ann Plast Surg* 2006; 56: 4, 418-422.
7. Morykwas, M.J., Argenta, L.C., Shelton-Brown, E.I., McGuirt, W. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg* 1997; 38: 6, 553-562.
8. Quinn, T.P., Schlueter, M., Soifer, S.J., Gutierrez, J.A. Cyclic mechanical stretch induces VEGF and FGF-2 expression in pulmonary vascular smooth muscle cells. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2002; 282: 5, L. 897-903.
9. Fleischmann, W., Russ, M., Westhauser, A., Stampehl, M. Vacuum sealing as carrier system for controlled local drug administration in wound infection (article in German). *Unfallchirurg* 1998; 101: 8, 649-654.
10. Wolvos T. Wound instillation — The next step in negative pressure wound therapy. Lessons learned from in itial experiences. *Ostomy Wound Manage.* 2004. November 1;50 (11):56-66.
11. Bernstein B.H, Tam H. Combination of subatmospheric pressure dressing and gravity feed antibiotic instillation in the treatment of postsurgical diabetic foot wounds: A case series. *Wounds* 2005 February 1;17 (2):37-48.
12. Gabriel A, Shores J., Heinrich C et al. Negative pressure wound therapy with instillation: a pilot study describing a new method for treating infected wounds. *Int Wound J* 2008 June 1;5(3):399-413.
13. Timmers MS, Graafland N, Bernards AT, Nelissen RG, van Dissel JT, Jukema GN. Negative pressure wound treatment with polyvinyl alcohol foam and polyhexanide antiseptic solution instillation in posttraumatic osteomyelitis. *Wound Repair Regen.* 2009. March 1;17(2):278-86.
14. Schintler MV, Prandl EC, Kreuzwirt G, Grohmann MR, Spendel S, Scharnagl E. The impact of V.A.C. Instill in severe soft tissue infections and necrotizing fasciitis. *Infection.* 2009. February 1;37 (Suppl 1):31-2.
15. Raad W, Lantis JC, II, Tyrie L, Gendics C, Todd G. Vacuum-assisted closure instill as a method of sterilizing massive venous stasis wounds prior to split thickness skin graft placement. *Int Wound J.* 2010. April 1;7(2):81-5.
16. Novel Use of Insulin in Continuous-Instillation Negative Pressure Wound Therapy as "Wound Chemotherapy" Christy L. Scimeca, D.P.M., Manish Bharara, Ph.D., Timothy K. Fisher, D.P.M., Heather Kimbriel, B.S., Joseph L. Mills, M.D., and David G. Armstrong, D.P.M., M.D., Ph.D. *J Diabetes Sci Technol.* 2010. Jul; 4(4): 820-824. Published online. 2010. Jul 1.
17. Kim PJ, Attinger CE, Steinberg JS, et al. Negative-Pressure Wound Therapy with Instillation: International Consensus Guidelines. *Plast. Reconstr. Surg.* 2013; 132: 1567-1579.
18. Gabriel A, Shores J, Heinrich C, et al. Negative pressure wound therapy with instillation: a pilot study describing a new method for treating infected wounds *International Wound Journal* (Impact Factor: 2.15). 07/2008; 5(3):399-413. DOI: 10.1111/j. 1742-481X. 2007. 00423. xSource: PubMed.

ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

ВАКУУМНО-ПРИТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Д. В. Терсков, Д. В. Черданцев, В. Ю. Дятлов
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Введение

По последним данным, численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в два раза и к концу 2014 года достигла 387 млн. человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации, к 2035 году СД будет страдать 592 млн. человек [1].

В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечаются высокие темпы роста заболеваемости СД. По данным Государственного регистра больных СД, на январь 2015 года в РФ по обращаемости в лечебные учреждения насчитывается около 4,1 млн. человек, из них СД 1-го типа — 340 тыс. и СД 2-го типа — 3,7 млн. пациентов. Между тем, результаты эпидемиологических исследований, проведенных ФГБУ «Эндокринологический научный центр (ЭНЦ)» МЗ РФ в период с 2002 по 2010 год, показали, что истинная численность больных СД в России приблизительно в 3-4 раза больше официально зарегистриро-

ванной и достигает 9-10 млн. человек, что составляет около 7% населения [1, 2].

Синдром диабетической стопы рассматривается как наиболее тяжелое из всех поздних осложнений сахарного диабета. По данным Государственного регистра больных СД, в 2014 году синдром диабетической стопы (СДС) регистрировался у 5,6% пациентов с СД 1-го типа и 2,4% пациентов с СД 2-го типа [2]. Особой тяжестью отличаются гнойно-некротические проявления синдрома диабетической стопы, проявления которых варьируются от поверхностных язвенных дефектов до развития гангрены стопы.

Раневой инфекции принадлежит ведущая роль в патогенезе деструктивных форм синдрома диабетической стопы, которые в 40-60% случаев заканчиваются ампутацией конечности [3, 4]. Одним из инновационных методов локального воздействия на раневой процесс при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы

является применение прологированного местного отрицательного давления. Вакуум-терапия традиционно предусматривает использование источника отрицательного давления (вакуум-аспиратор), пенополиуретановой губки с размером открытых пор от 400 до 2000 микрометров, адгезивного пленочного покрытия и фиксирующегося силиконового дренажного порта.

По мнению ведущих экспертов в области лечения ран и раневой инфекции, клиническое применение методики позволяет сократить течение всех стадий раневого процесса и способствует существенному ускорению заживления раны. Вакуумная терапия рекомендована для лечения больших раневых дефектов или ран с обильным экссудатом при синдроме диабетической стопы в алгоритмах оказания специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2015 года [1]. Следующим этапом совершенствования методики вакуумной терапии, повышающей эффективность местного лечения раневой инфекции, является вакуумно-приточная терапия.

В англоязычной литературе встречается термин V.A.C. Instill® Therapy, Negative pressure wound therapy and instillation (NPWTi). Технология предусматривает, кроме использования локального отрицательного давления в области раны, периодическое орошение раневой поверхности раствором антисептика через определенные промежутки времени. Разработанная нами модификация вакуумной терапии при лечении больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы позволяет использовать вакуумный аспиратор совместно с инфузионной системой, подающей раствор антисептика в заданном режиме.

Цель исследования

Разработка технологии местного лечения гнойно-некротических осложнений у больных синдромом диабетической стопы с помощью вакуумно-приточного метода.

Для решения этой задачи сформулированы следующие цели:

- Изучить лечебные возможности комбинированного воздействия отрицательного давления и локальной инстилляцией раствора диоксида на течение раневого процесса при деструктивных формах диабетической стопы.
- Разработать лечебный протокол вакуумно-приточного метода для больных с синдромом диабетической стопы с учетом оптимального соотношения периодов вакуумирования, периода паузы вакуумирования. Определить оптимальные скорость и объем инстилляцией раствора антисептика.
- Обосновать оптимальные показания и противопоказания к местному лечению инфицированных ран вакуумно-приточным методом при синдроме диабетической стопы.
- Провести сравнительный анализ эффективности методики с учетом числа органосохраняющих и высоких ампутаций стопы у больных с гнойно-некротическими ранами при синдроме диабетической стопы при различных вариантах локального воздействия на раневую процесс.

Материалы и методы

Нами исследованы результаты лечения 83 пациентов с деструктивными формами синдрома диабетической стопы, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии Красноярского краевого гнойно-септического центра.

Больные были разделены на три группы. Больные 1-й группы (n=27) в комплексном лечении получали местную вакуумно-инстилляционную терапию (ВАКИ). У пациентов 2-й группы (n=27) в комплексном лечении применялась традиционная вакуумная терапия (ВАК). Больные 3-й группы (n=27) получали стандартные перевязки

с использованием растворов антисептиков и мазей на водорастворимой основе (левомеколь, левосин).

Критерии включения в исследование: больные обоих полов в возрасте от 25 до 75 лет с установленным диагнозом сахарный диабет 1-го или 2-го типа, осложненного синдромом диабетической стопы и наличием гнойно-воспалительных процессов на стопе (трофические язвы, гнойно-некротические раны, флегмона, остеомиелит), глубиной поражения по классификации Wagner 2-4-й степеней.

Критерии исключения из исследования: первичная ампутация на уровне голени и бедра в анамнезе; поражение стопы 1-й и 5-й степеней по Wagner; наличие критической ишемии нижних конечностей; патология вен с развитием ХВН 4-го класса по СЕАР и выше; наличие онкологического заболевания, беременности, хронического соматического заболевания в стадии декомпенсации; проведенное ранее ангиохирургическое вмешательство.

Оценка состояния раны и документирование стадии раневого процесса проводилось с применением программы цифровой визуализации WHAT (Lohmann & Rauscher, Австрия). Кроме оценки стадии раневого процесса, программа позволяет проводить планиметрию раны. У всех больных оценивали продолжительность 1-й фазы раневого процесса и общую продолжительность стационарного этапа лечения; уровень и частоту проведения ампутаций; потребность в повторных санирующих операциях; варианты заживления ран, а также различные способы пластического закрытия раневых дефектов. Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы SPSS, версии 20.0.

Для оценки значимости статистических различий между исследуемыми группами использовали непараметрический ранговый критерий Краскела-Уоллиса с последующим попарным сравнением групп по критерию Манна-Уитни. Сравнение зависимых выборок производилось при помощи рангового критерия Вилкоксона. Значимость различий качественных и порядковых признаков в группах наблюдения оценивали при помощи критерия χ^2 Пирсона с поправкой на непрерывность. Различия во всех случаях оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Традиционная вакуумно-ассистированная повязка и вакуумно-приточная система накладывались в день поступления больного в стационар после проведения хирургической санации гнойно-некротического очага. Во время хирургической санации производились некрэктомиа, ампутации и экзартикуляции пальцев, вскрытие гнойных затеков, секвестрэктомии при остеомиелитах.

Повязка подключалась к источнику субатмосферного отрицательного давления — аппарату вакуумной терапии Vivano Tec (Hartmann, Германия) и находилась на ране в течение 48 часов с отрицательным давлением 120 мм рт. ст. У больных 2-й группы (ВАК) использовался стандартный непрерывный режим вакуумирования, тогда как у паци-



Рис. 1. Схема вакуумно-инстилляционного метода лечения ран у больных синдромом диабетической стопы.

ентов 1-й группы (ВАКИ) к раневому дну устанавливался ПВХ катетер, поверх которого накладывалась вакуумная повязка (рис. 1).

У больных 1-й группы (ВАКИ) использовался циклический прерывистый режим. В течение 2 минут вакуумирование не проводилось, с последующим вакуумированием с отрицательным давлением 120 мм рт. ст. в течение 10 минут. При этом к дну по приточному катетеру, инфузионным двухканальным насосом «SYRINGEPUMPSEP-21Splus», производилась подача 1%-ного раствора диоксида со скоростью 2-4 мл в час. Традиционная вакуумно-ассистированная повязка у больных 1-й группы сочеталась с инфузией антисептика с помощью шприцевого дозатора (рис. 2, 3).



Рис. 2. Наложение вакуумно-инстилляционной повязки: а – вид раны при поступлении, б – установка приточного катетера.



Рис. 3. Наложение вакуумно-инстилляционной повязки: с – наложение полиуретановой чашки, д – герметизация повязки пленкой.

Анализ хирургических вмешательств, выполненных у больных 1-3-й групп, показывает большее число малых ампутаций у пациентов 1-й группы, которые позволили сохранить опорную функцию, по сравнению с результатами, полученными у больных 2-й и 3-й групп (таблица 1).

Таблица 1

Виды хирургических вмешательств у больных 1-3-й групп

Вид хирургического вмешательства	1-я группа (n=27)	2-я группа (n=27)	3-я группа (n=29)
Малая ампутация в переднем отделе стопы	22 (81%)2	21 (78%)	18 (62%)
Трансметатарзальная ампутация	7 (26%)1	4 (15%)	7 (24%)
Ампутация голени	1 (3,7%)1,2	3 (11%)	4 (13,8%)
Ампутация бедра	0 (0%)1,2	2 (7,4%)	1 (3,5%)

Примечание: 1 – достоверность отличий по сравнению с показателями 2-й группы при $P < 0,05$; 2 – достоверность отличий по сравнению с показателями 3-й группы при $P < 0,05$.

Важным показателем, определяющим экономические затраты на лечение, является средняя продолжительность стационарного лечения, которая у больных 1-й группы составила $17,1 \pm 1,5$ дня, 2-й группы $20,2 \pm 0,7$ дня, 3-й группы – $22,5 \pm 1,4$ (таблица 2). У больных 1-й группы была достоверно меньше продолжительность 1-й фазы раневого

процесса. Фазу раневого процесса объективизировали с помощью программы электронной визуализации WHAT.

Важным параметром оценки эффективности предложенной нами методики лечения явилась оценка количества выполненных повторных операций. Повторные этапные хирургические санации выполнялись во всех трех группах, в среднем потребовалось от одной до двух повторных операций. Оценка результатов показала, что у пациентов 1-й группы достоверно реже требовались повторные санирующие операции, что свидетельствует о высокой эффективности ВАКИ в первую фазу раневого процесса. В 1-й группе количество этапных хирургических обработок было достоверно меньше.

Таблица 2

Клинико-статистические показатели у больных 1-3-й групп

Средняя продолжительность стационарного лечения (суток)	1-я группа (n=27)	2-я группа (n=27)	3-я группа (n=29)
	$17,1 \pm 1,5$ 1,2	$20,2 \pm 0,7$ 2	$22,5 \pm 1,4$
Средняя продолжительность 1-й фазы раневого процесса (суток)	$7,3 \pm 0,9$ 1,2	$10,1 \pm 1,2$ 2	$14,6 \pm 1,7$
Количество больных, которым произведены повторные этапные хирургические санации	9 (33,3%)1,2	12 (44,4%)	12 (41,3%)

Примечание: 1 – достоверность отличий по сравнению с показателями 2-й группы при $P < 0,05$; 2 – достоверность отличий по сравнению с показателями 3-й группы при $P < 0,05$

После санации раны встает вопрос о варианте закрытия раневого дефекта. На завершающем этапе лечения во всех группах использовались следующие методы пластического закрытия: местными тканями (наложение вторичных швов и метод дозированного растяжения тканей), дерматомная аутодермопластика, имплантация биопластического материала «Коллост».

В основной группе больных за счет более быстрого купирования местного отека удалось закрыть раневой дефект наложением вторичных швов у 17 пациентов (62,9%), тогда как у пациентов 2-й и 3-й групп местными тканями закрыто 15 (55,5%) и 13 (44,8%) дефектов соответственно (таблица 3). Для закрытия раневых дефектов у пациентов групп сравнения потребовалось произвести большее количество аутодермопластик.

Таблица 3

Варианты закрытия раневого дефекта у больных 1-3-й групп

Варианты закрытия раневого дефекта	1-я группа (n=27)	2-я группа (n=27)	3-я группа (n=29)
Пластическое закрытие местными тканями	17 (62,9%)2	15 (55,5%)	13 (44,8%)
Аутодермопластика	5 (18,5%)2	6 (22,2%)	7 (24,1%)
Имплантация биопластического материала «Коллост»	3 (11,1%)1,2	2 (7,4%)	1 (3,4%)
Заживление раны вторичным натяжением	2 (7,4%)2	2 (7,4%)	4 (13,7%)

Примечание: 1 – достоверность отличий по сравнению с показателями 2-й группы при $P < 0,05$; 2 – достоверность отличий по сравнению с показателями 3-й группы при $P < 0,05$.

Таким образом, метод вакуумно-приточной терапии способствует очищению и закрытию раневых дефектов стоп быстрее, чем при

стандартном местном лечении и использовании классической методики лечения ран отрицательным давлением. Циклическое орошение раневого ложа раствором антисептика 1% диоксидина приводит к более быстрой деконтаминации раны, позволяет эффективно удалять воспалительный экссудат и поддерживать в ране влажную среду. При снятии губчатой повязки у больных 1-й группы отмечается менее выраженный болевой синдром, чем у больных, пролеченных с помощью стандартных вакуумно-ассистированных повязок.

Вакуумно-инстилляционный метод в нашей модификации прост в реализации, не требует наличия специального оборудования, характеризуется сокращением сроков пребывания больного в стационаре, может быть рекомендован для лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы как эффективное средство локального воздействия и управления раневым процессом в составе комплексного лечения.

Литература

1. Дедов И.И. Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (7 выпуск, 2015) / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, 2015. 5, 97 с.
2. Дедов И.И. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития / Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. // Сахарный диабет. 2015; 18(3):5-23.
3. Международное соглашение по диабетической стопе. Составлено Международной рабочей группой по диабетической стопе. М.: Берг, 2000. 20 с.
4. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. М.: Практическая медицина, 2005.
5. Furniss D., Banwell P.E., Fleischmann W., Surgical Wound Infection: The Role of Topical Negative Pressure Therapy, Oxford Wound Healing Society, S. 22, 2005.
6. Bernstein B.H., Tam H. 2005. Combination of sub atmospheric pressure dressing and gravity feed antibiotic instillation in the treatment of post – surgical diabetic foot wound: a case series. Wounds 17 (2): 37-48.
7. Fleischmann W., Russ M., Stampehl M. 1998. Die Vakuum versie glungals Träger system für eine gezielte lokale Medikamenten application bei Wundinfektionen. Unfallchirurgie 101:649-654.
8. Wolvos T. 2004. Wound instillation – the next step in negative pressure wound therapy. Lessons learned from initial experiences. Ostomy. Wound Manage 50: 56-66.

9. Moch D., Fleischmann W., Westhauser A. 1998. [Instillation Vacuumsealing – report of initial experiences]. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd 115:1197-1199.
10. Charles K. Field et al. Overview of Wound Healing in a Moist Environment. American Journal of Surgery, 1994.
11. Negative Pressure Wound Therapy With Controlled Saline Instillation (NPWT): Dressing Properties and Granulation Response in Vivo. Lessing C1, Slack P2, Hong KZ2, Kilpadi D2, McNulty A2. Wounds. 2011 Oct; 23(10):309-19.
12. Negative Pressure Wound Therapy With Instillation (NPWT) Better Reduces Post-debridement Bioburden in Chronically Infected Lower Extremity Wounds Than NPWT Alone. S. G. Goss, MDa, J.A. Schwartz, MDa, F. Facchin, MDb, E. Avdagic, BAa, C. Gendics, RNa, J.C. Lantis II, MDa,* Journal of the American College of Clinical Wound Specialists (2014) 4, 74-80.
13. New advance in instillation the rapy in wound satrisk for compromised healing. Gabriel A1, Kahn KM2. Surg Technol Int. 2014. Mar;24:75-81.
14. First experiences with negative pressure wound the rapy and instillation in the treatment of infected or thopaedic implants: a clinical observational study Burkhard Lehner & Wim Fleischmann & Rolf Becker & Gerrold N. Jukema International Orthopaedics (SICOT) (2011) 35:1415-1420.
15. Rycerz AM, Slack P, McNulty AK. Distribution assessment comparing continuous and periodic wound instillation in conjunction with negative pressure wound the rapy using an agar-based model. Int.Wound J 2012; doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.00968.x
16. Negative pressure wound therapy with saline instillation: 131 patient case series. David Brinkert 1, Mazen Ali 2, Magali Naud 3, Nicolas Maire 1, Chloé Trial' 4 & Luc Teot' 4 International Wound Journal © 2013. Medical helpline.com Inc and John Wiley & Sons Ltd Gabriel A Integrated negative pressure wound therapy system with volumetric automated fluid in still ation in wound satrisk for compromised healing. IntWound J 2012; 9 (Suppl. 1):25-31.
17. Use of Negative Pressure Wound Therapy With Automated, Volumetric Instillation for the Treatment of Extremity and Trunk Wounds: Clinical Outcomes and Potential Cost-Effectiveness. Allen Gabriel, MD, corresponding author Kevin Kahn, MD, b and Riyad Karmy-Jones, MDc J. Plast Surg. 2014; 14: e41. Published online. 2014. Nov 3.
18. Диабетические макроангиопатии: методы восстановления кровотока. Е.П. Константинов, Л.П. Николаева, А.В. Степаненко, Д.В. Черданцев Фундаментальные исследования, 2010, № 1, стр. 95-99.
19. Патогенетическая роль диабетической макроангиопатии, возможные варианты коррекции. Е.П. Константинов, Л.П. Николаева, А.В. Степаненко, Д.В. Черданцев. Современные проблемы науки и образования, 2010, № 1, стр. 53-57.
20. Современные методы лечения гнойных ран. Винник Ю.С., Маркелова Н.М., Тюрюмин В.С. Сибирское медицинское обозрение, 2013, № 1, стр. 18-24.

НЕВРОЛОГИЯ

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ПОЖИЛЫХ. ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

М. А. Якушин, Т. И. Якушина
НОУ ВПО «Медицинский институт «РЕАВИЗ»
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Ключевые слова: гипертоническая энцефалопатия, гериатрия, церебро-васкулярная патология, индекс гериотропности, целевой профиль коморбидности, персональный профиль системной гемодинамики.

По данным отечественного клинического исследования «Регистр долгожителей» (2013), артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным заболеванием в структуре гериатрической патологии. Ею страдает 80,7% населения пожилого и старческого возраста. Второе (64,4%) место занимает церебро-васкулярная патология

(ЦВП). Между обоими заболеваниями имеется причинно-следственная связь, повышенное АД способствует формированию ЦВП [1, 2].

Среди хронических вариантов ЦВП доминируют две основные формы: хроническая ишемия мозга (ХИМ) и гипертоническая энцефалопатия (ГЭ). Дифференцировать одно заболевание от другого сложно, поскольку их сближает однотипная клиника, общий этиологический фактор (АГ) и единый патогенетический механизм – ишемизация мозговой ткани

При ГЭ дефицит кровоснабжения развивается преимущественно за счет гемодинамических расстройств, при ХИМ доминирующим фак-

тором является стеноз магистральных артерий головы. На практике диагноз ХИМ выставляют пациентам с нормальным АД или доброкачественным течением АГ. В пользу ГЭ склоняет кризовое течение АГ, когда прослеживается явная связь экзакцербации с нестабильностью гемодинамических показателей [8].

Коррекция АД является обязательным условием лечения любой формы ЦВП. Данная парадигма имеет веские подтверждения: снижение давления на 5-6 мм рт. ст. приводит к уменьшению вероятности возникновения инсульта на 42%, а ишемической болезни сердца на 14% [3].

Несмотря на успехи в разработке эффективных вазотропных и АГП, уровень заболеваемости АГ и ГЭ продолжает расти, особенно среди населения старших возрастных групп. Во многом это обусловлено отсутствием системного подхода к гериатрической экспертизе лекарственных препаратов. Так, в стандарте медицинской помощи больным с артериальной гипертензией, утвержденном приказом Минздравсоцразвития от 22.10.2004 г. № 254, из 14 лекарственных препаратов 12 имеют верхнюю планку возрастных ограничений или оказывают серьезные побочные действия на органы, наиболее подверженные старению: головной мозг, сердечно-сосудистую систему и опорно-двигательный аппарат [4].

Модель «Пожилой пациент» существенно отличается от модели «Пациент среднего возраста» и «Пациент молодого возраста» высоким индексом морбидности. По статистике, у пожилого россиянина имеется пять различных хронических заболеваний, у пациента среднего возраста – лишь одно-два. С этим связана глобальная проблема гериатрии – полипрагмазия. Люди старше 60 лет принимают в среднем более пяти различных лекарств. При этом назначение трех и более препаратов повышает вероятность развития побочных эффектов в 10 и более раз [5].

Российской ассоциацией геронтологов и гериатров разработан комплексный подход к лечению ГЭ, основанный на двух базовых принципах гериатрической терапии: принципе многоцелевой монотерапии и минимизации гериотропной стимуляции [7].

Принцип многоцелевой монотерапии определяет приоритет применения в пожилом возрасте лекарственных препаратов с возможностями использования системных эффектов одного лекарства для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов или систем. В условиях потенциальной или явной полипрагмазии важно, чтобы лекарство, которое принимает пациент, одновременно оказывало положительный эффект на каждую из имеющихся у него болезней или, по крайней мере, на некоторые из них. В противном случае лечение будет отклоняться в сторону полипрагмазии, которая опасна в плане усугубления негативных последствий лекарственного взаимодействия [6].

В рамках реализации принципа многоцелевой монотерапии важно учитывать персональный профиль показателей системной гемодинамики (ППСГ), в первую очередь уровень сердечного выброса (СВ) и общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС), поскольку именно они определяют уровень системного артериального давления (САД), который вычисляется по формуле:

$$\text{САД} = \text{СВ} \times \text{ОПСС}$$

Большинство АГП в той или иной степени влияют на ОПСС и СВ, причем влияние это даже в одной группе препаратов может носить противоположное значение. Например, атенолол способствует повышению общего периферического сопротивления сосудов, в то время как бисопролол, также являющийся бета-блокатором, влияет на данный показатель противоположным образом.

В последнее время появились эффективные методики, позволяющие соотносить назначаемый АГП с ППСГ пациента. В центре дистанционного мониторинга, организованном на базе МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, с этой целью используется отечественный аппарат КАП ЦГ осм. – «ГЛОБУС», который отличается от зарубежных аналогов неинвазивным форматом функционирования.

Принцип снижения гериотропной стимуляции определяет необходимость ограничения в пожилом возрасте лечебных факторов, негативно влияющих на функционирование сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и других органов – мишеней старения организма. Оптимальным в этом отношении является лекарство, не имеющее в перечне противопоказаний и побочных действий ни одной формы гериатрической патологии. Важно к тому же, чтобы лекарство не оказывало негативного влияния на реальные болезни, которыми страдает конкретный пациент [7].

Оба принципа реализованы нами в концепции гериатрической экспертизы, которую мы осуществляем путем расчета индекса гериотропности (ИГ).

$$\text{ИГ} = \frac{\sum \text{FP}_a^+ + \text{P}_b^+ - \sum \text{FP}_c^- - \sum \text{fFP}_d^- - \text{P}_b^-}{\sum \text{P}} \times 100\%$$

Где ИГ – индекс гериотропности;

$\sum \text{P}_a^+$ – суммарное значение коэффициента распространенности гериатрической патологии (КР соответствует доле болеющих данным заболеванием на 100 граждан старше 60 лет, измеряется в баллах) в показаниях к назначению лечебного фактора;

P_b^+ – наличие возрастных показаний, подтвержденных данными клинических исследований, т.е. указание в аннотации на приоритетное использование в пожилом возрасте (количественное значение соответствует 100);

$\sum \text{P}_c^-$ – суммарное значение КР (соответствует доле болеющих данным заболеванием на 100 граждан старше 60 лет; измеряется в баллах) в противопоказаниях к назначению лечебного фактора;

$\sum \text{fP}_d^-$ – суммарное значение КР в побочных действиях к назначению лечебного фактора. При этом $f=1$, если побочное действие наблюдается более чем в 1% случаев, $f=0,1$, если побочное действие наблюдается менее чем в 1% случаев;

P_b^- – наличие верхней границы возрастных ограничений, т.е. указание в аннотации на запрет или ограниченное использование в пожилом возрасте (количественное значение соответствует 100);

$\sum \text{P}$ – суммарное значение КР всех форм гериатрической патологии (количественное значение соответствует 1243,1).

Величина коэффициента распространенности рассчитана нами на основании обследования 535 пациентов пожилого и старческого возраста в рамках проекта «Регистр долгожителей» [1].

Таким образом, ИГ отображает соотношение вероятности позитивного влияния лекарства на течение гериатрической патологии к вероятности ее возможного усугубления, т.е. косвенно отражает совокупное позитивно-негативное влияние препарата на организм пожилого человека.

Каждая форма гериатрической патологии имеет определенный профиль коморбидности, который включает в себя совокупность клинических проявлений с единым патогенетическим механизмом. Профиль коморбидности ГЭ объединяет все клинические проявления заболевания, в том числе общемозговые (признаки внутричерепной гипертензии), когнитивные (нарушение памяти, высших корковых функций, внимания, мышления, принятия и реализации решений),

вестибулярные (головокружение, атаксия), психические (широкий спектр психических расстройств от эмоциональной лабильности до психозов), очаговые (чувствительные, двигательные, координаторные, вегетативные).

У каждого пациента с ГЭ, в свою очередь, имеется индивидуальный профиль коморбидности (ИПК), который определяется тяжестью, стадией и спецификой течения заболевания. У одних больных ГЭ проявляется преимущественно вестибулярными расстройствами, у других – общемозговой симптоматикой или когнитивными расстройствами.

Выбирая лекарственный препарат, важно соотнести перечень его показаний с ИПК. Чем больше совпадений удастся достигнуть, тем более направленным будет лечение, тем большего эффекта следует от него ожидать.

В качестве примера персонализированного выбора лекарств пожилому пациенту с ГЭ предлагаем методологию гериатрической экспертизы препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи ЦВП.

Базовой фармакотерапевтической группой (ФТГ) стандарта специализированной медицинской помощи больным с инсультом, утвержденным приказом Минздрава России № 513 от 01.08.2007 г. являются «Средства, влияющие на центральную нервную систему».

Все лекарственные препараты данной группы имеют позитивное значение ИГ (рис. 1).

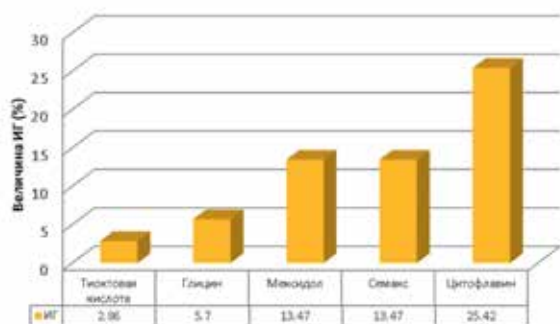


Рис. 1. Расчетный показатель ИГ средств, влияющих на ЦНС

Наиболее высокий ИГ в данной ФТГ у цитофлавина. Это обусловлено отсутствием у данного препарата противопоказаний и побочных действий, относящихся к гериатрической патологии ($\sum P_a^- = 0$), а также наличием нескольких показаний, соответствующих наиболее распространенным формам гериатрической патологии: цереброваскулярные заболевания ($\sum P_a^+ = 64,4$; $F=2,4$) и болезнь, проявляющаяся повышенным артериальным давлением (гипертензивная энцефалопатия) ($\sum P_a^+ = 80,7$; $F=2$).

$$\text{ИГ (цитоплавин)} = \frac{\sum FP_a^+ + P_b^+ - \sum FP_c^- - \sum FP_d^- - P_b^-}{\sum P} \times 100\% = \frac{(64,4 \times 2,4) + (80,7 \times 2)}{1243,1} \times 100\% = +25,42\%$$

Позитивное значение ИГ означает, что лекарство в совокупности благоприятно влияет на течение основных форм гериатрической патологии; числовое значение ИГ, равное 25,42, позволяет ранжировать цитофлавин в качестве лидера по отношению к аналогам. ИПК цитофлавина применительно к ГЭ включает следующие позиции: «Гипертензионная энцефалопатия» и «Астенический синдром с наличием утомляемости и недомогания».

Проведенная гериатрическая экспертиза цитофлавина позволяет вынести заключение о том, что препарат с высокой степенью вероятности окажет позитивное влияние на течение ГЭ пациентов пожилого возраста, особенно на фоне артериальной гипертензии и (или) сопутствующего астенического синдрома, проявляющегося утомляемостью и недомоганием.

По такому же принципу нами проведена гериатрическая экспертиза альтернативных препаратов из соответствующей ФТГ.

Семакс: ИГ=+13,47; ИПК – «Интеллектуально-мнестические расстройства»;

Мексидол: ИГ=+13,47; ИПК – «Когнитивные расстройства», «Тревожные расстройства».

Аналогичная группа лекарственных препаратов в стандарте специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга, утвержденном приказом Минздрава России от 29.12.2012 г. № 1740н, имеет следующие параметры:

Цитиколин: ИГ=+21,5; ИПК – «Когнитивные нарушения»;

Церебролизин: ИГ=+13,3; ИПК – «Деменция» и «Депрессия»;

Актовегин: ИГ=+13,4; ИПК – «Метаболические нарушения головного мозга» и «Периферические сосудистые нарушения».

Не менее важным составляющим лечения ГЭ является обоснованная коррекция АГ.

В ФТГ «Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему», лекарственные препараты с позитивным ИГ ранжировались в следующем порядке: периндоприл (+31,36%), амлодипин (+24,23%), фелодипин (+24,05%), бисопролол (+15,01%), кандесартан (+12,98%), эпросартан (+12,98%), верапамил (+12,92%), ирбесартан (+10,79%), метопролол (+10,02%), амиодорон (+7,78%).

Таким образом, приступая к лечению пациента пожилого возраста с ГЭ, необходимо придерживаться следующих требований выбора лекарственной терапии. Лекарство должно:

- входить в стандарты лечения ЦВП или рекомендации профессиональных сообществ;
- максимально соответствовать ИПК и ППСГ;
- иметь позитивный ИГ.

Выбор рационального лечения пациентов пожилого возраста с ГЭ на основе анализа интегральных гериатрических показателей (ИГ, ППСГ и ИПК) позволит свести к минимуму риски, связанные с особенностями старческой фармакокинетики.

Литература

- Якушин М.А., Матюхина Е.Б., Дровникова Л.В. Формализация гериатрической патологии – первый шаг к построению гериатрических стандартов. // Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье и медицина для всех возрастов». Курск. – 2013. – С. 133-139.
- Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Шумилина М.В. Нарушения церебрального венозного кровообращения у больных с сердечно-сосудистой патологией (головная боль, ишемия, артериосклероз). М: Издательство НЦССХ им. Бакулева. РАМН 2003; 162.
- Дворецкий Л.И. Пожилой больной // Издательский дом «Русский врач». – 2001. 140 с.
- Белова Л.А., Машин В.В., Никитин Ю.М., Белов В.Г. Гипертоническая энцефалопатия: клинко-патогенетические подтипы, классификация, диагностика. У: 2010; 203.
- Лазебник Л.Б. Полиморбидность пожилых // Сердце. – 2007. – № 7. – С. 25-27.
- Лазебник Л.Б. Практическая гериатрия. // Под. ред. Л.Б. Лазебника. Избранные клинические и организационные вопросы. – М., 2002. – 555 с.
- Шабалин В.Н., Якушин М.А. Гериатрическая экспертиза лекарственных препаратов // Разработка и регистрация лекарственных средств, 2014, с. 144-170.
- Henry-Feugeas M.C., Koskas P. Cerebral vascular aging: extending the concept of pulse wave encephalopathy through capillaries to the cerebral veins. Chinese Med J 2012; 125 (7): 1303-1309.

Ex animo
От души

ИСТОРИЯ

КОНСУЛЬТАЦИИ ПРОФЕССОРА ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

Перед вами драгоценные документы короткого периода — декабря 1941-февраля 1942 года, когда великий врач и архиепископ служил консультантом Красноярских эвакуационных госпиталей.

Непосредственным местом работы Валентина Феликсовича был госпиталь №1515, расположенный в школе №10. Там он был начальником отделения. Но как профессионал, обладавший клиническим опытом и грандиозными знаниями, он консультировал раненых бойцов в других госпиталях.

Консультации эти писались со слов Войно-Ясенецкого — во-первых, он уже плохо видел в ту пору, он был очень пожилым, 64-летним человеком. А во-вторых, и мы это знаем — заключения профессоров во все времена фиксировали ассистенты.

Консультации эти необыкновенно короткие, как приказы. Иногда жутковатые, непривычные для современных врачей: «Состояние безнадежно». А порой записи трогательные: «Осмотрено 13 больных. Список их забыл в школе».

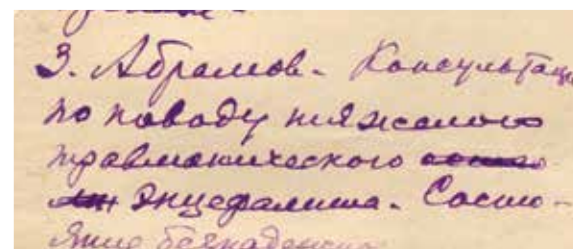
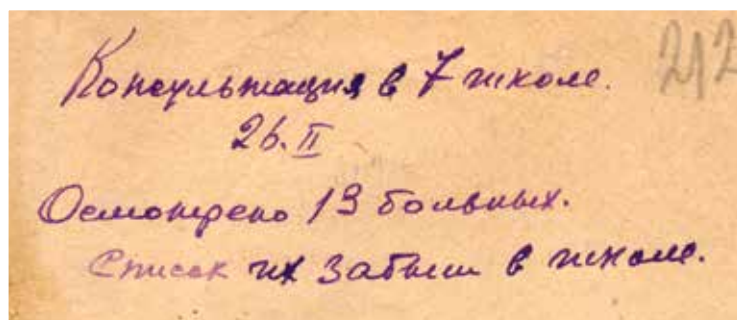
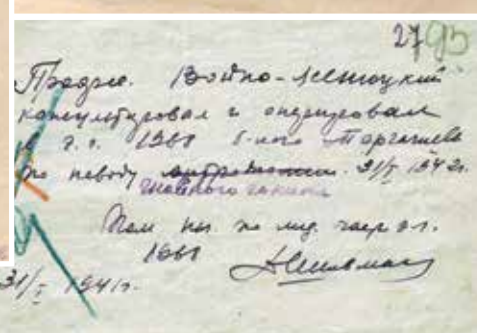
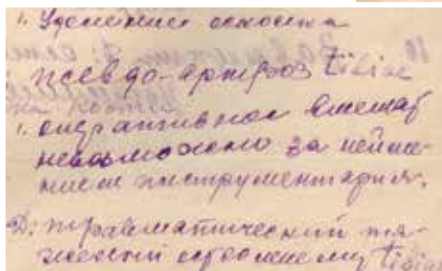
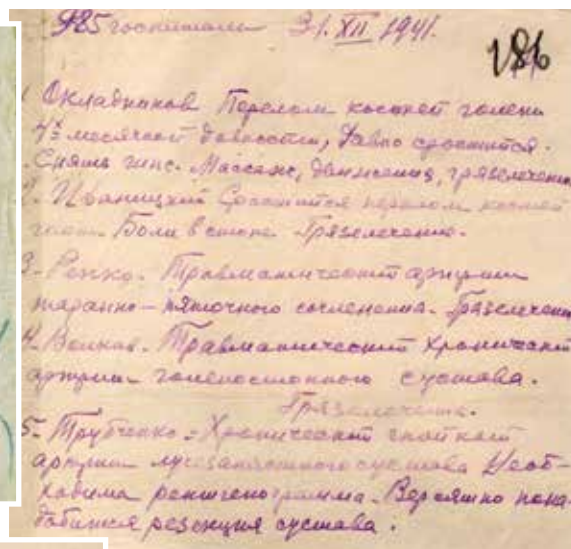
Мы никогда не узнаем, кто из раненых, осмотренных великим врачом, остался жив, кого он оперировал лично. Мы все еще не можем найти доказательств работы Войно-Ясенецкого в краевой больнице, где всего полгода находился госпиталь челюстно-лицевой хирургии.

Но важно, что архиепископ Лука действительно работал в нашем городе в ту страшную первую военную зиму. Не щадил себя, помогал раненым, коллегам и навсегда остался в истории краевой медицины.

Спасибо Государственному архиву Красноярского края за то, что в нем бережно хранятся документы, связанные с Войно-Ясенецким, и за то, что мы можем их видеть.



1942 год. Госпиталь № 1515



[illegible]

21. Поросутков. Огнестр. Сауниусовств.
и перлам. тиса. Нурсаа ренгено-
граммне локтевого сустава

22. Перушицкий. Отморожение канюль
пальцев. Горючие ванны.

23. Иванников. Огнестр. поврежд. III палец-
ной кости. Удален сектелок.

24. Карнов. Большая рваная рана
мышечной сыздрани предплечья, поврежден
область костей. Горючие ванны.

25. Селимохов. От рана ногтевой фаланги
большого пальца. Нурсаа ренгенограммне
области фаланги II палецной кости.

26. Лудин. Некроз стибильного сухожилья
3^{го} пальца. Нурсаа ангиолиз.

27. Увук. Небольшая рана над
проц. асаканон.

28. Секанов. Длгрок ради
локтеве за коленом.

29. Лунтовский. Большой сектелок ради
Нурсаа ангиолиз.

Кривошарова г. Зависела
При вѣнчаваніи вѣнчан
о Келермановичъ за Божанъ 1911
(с. 9. XII).
Град. В. Вайна-Гривичич

1394

ИЗВЕЩЕНИЕ

Кандидатуры Ю.Ю. СЕРГЕЕВОЙ в заместительница 2 Юм
21/1-1942 года

1. КОТОЙ - агрономическое развитие земли
Необходимо изощряться в изощренности, выслушать незастороженного
подверженности абстрактности мысли.

2. НАПОЛЕОН - развитие лучевого зрения вымышленной силы
Осуществить сделать не следует

3. КАПЕЛЬ - агрономическое развитие правого легкого
Осуществить не следует. Напротив - не выслушать для
прихода в агрономическую мысль.

4. КРОКОДИРЫ - После выслушания боя
Толкования тупизмизма

5. Х-м БРАУНШВЕЙГ - Агрономическое развитие области

Р а з р а з

НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ Юм
Воспитатель Ю-го разряда

/Иванов/

1. Шанунов. Нервная экзантикурическая
паралитическая рука.
2. Шанкарев. Нервно-сосудистая
паралитическая. В конечностях.
3. Паршин. Олигопарезия парализованных
руки и ампутированной конечности.
4. Наван. Кожная раба сшив. Занесен
под кожу. Тоже ковершавшаяся.
5. Матвеев. Травматическая спинальная
паралитическая. Парализована в конечностях.
Послано в сан. Институт для исследования.
6. Пизанов. Рана конечности парализованной.
Предварительно разбитая конечность.
Послано в сан. Институт для исследования.
7. Зайцев. Олигопарезия парализованной,
конечности. Сухая конечность.
8. Денисенко. Нервно-сосудистая парализованная
конечность. Парализована в конечностях.
Послано в сан. Институт для исследования.
9. Шабуров. Олигопарезия парализованной
конечности. Парализована в конечностях.
Послано в сан. Институт для исследования.
10. Паршин. Травматическая спинальная
паралитическая. Парализована в конечностях.
Послано в сан. Институт для исследования.

Консультации ран. больных. 11
эпид. разн. и 1867 г. В. В. В. В.
ф. В. В. В. В. 1867.

И. П. 1868

Назначения: 1) Сакину парад и конюшная
2) Артамонову канцелярия воеводы и чтение 3) Гордееву
наблюдение, возмещение охоты 4) Збалавскому - то же.
5) Христенко - Охоты 6) Панаев - Казенный разряд
7) Репнинский. Охоты в деревне Фёкла 8) Гордеев - разряд
разр. Сакину - Охоты - Охоты - Охоты
Збалавскому, наблюдению в Охоты - Охоты

У. см. на обороте

КРУГЛАЯ ДАТА

К 45-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ

В 1966 году по просьбе главного врача краевой клинической больницы В.К. Сологуба академик Е. Н. Мешалкин отправил в Красноярск десант талантливых врачей, супружескую пару – кардиохирурга Юрия Блау и анестезиолога Раису Алахину.

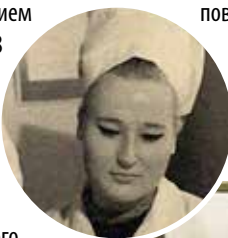
И муж, и жена стали легендами краевой больницы. Раиса Ивановна положила начало в Красноярском крае анестезиологии и реанимации, а Юрий Иванович – кардиохирургии. Вначале он заведовал отделением торакальной хирургии, где в 1968 году был создан филиал Новосибирского института патологии кровообращения. В 1971 году Блау организовал 24-коечное отделение сердечно-сосудистой хирургии. С этого исторического момента сердечно-сосудистая хирургия в нашей больнице стала стремительно развиваться. В начале 1960-х в больнице каждую неделю производились в среднем 1-2 операции в сутки, но уже в год создания сердечно-сосудистого отделения операций стало больше – до 5-6 в неделю, и характер их усложнился.

Именно в 1971 году у отделения появился собственный операционный журнал, к счастью, сохранившийся до наших дней.

Как оперировали врачи

Листая операционные журналы 1970-х, понятно, что основной контингент пациентов в те годы составляли дети с врожденными пороками сердца и взрослые с приобретенными пороками. Но с каждым годом отделение расширяло перечень операционных технологий.

В те годы операции на «открытом» сердце выполнялись в условиях гипотермии – это рекомендовал академик Мешалкин. С помощью резиновых пузырей, наполненных льдом и уложенных на крупные сосуды, тело охлаждали до 22-24 градусов. Кровообращение останавливалось – практически происходил «циркуляторный арест». При умеренной гипотермии температура тела составляла 32-34 градуса. Чаще всего это были операции по поводу дефекта межжелудочковой и межпредсердной перегородки.



Людмила Кириенко, старшая медсестра сосудистого отделения



В руках у медицинской сестры справа комиссуротом

Примечательно, что лед для проведения гипотермии медики добывали самостоятельно: ходили на Енисей – благо он был рядом – и несли лед в отделение в ванне.

При нормальной температуре тела выполнялись «закрытые» операции на сердце



и сосудах: инструментальная и пальцевая коммиссуротомии при митральном стенозе, резекция коарктации аорты, перевязка Баталова протока, паллиативные операции при тетраде и триаде Фалло. Выполнялись закрытые операции при стенозах аортального клапана. Оперировались больные с ранениями сердца, кистами и опухолями средостения, стали имплантироваться первые миокардиостимуляторы.

На последних стоит остановиться отдельно. Прорывная на то время технология уступала сегодняшней, потому что в начале 1970-х не существовало эндоскопических методик. Электроды подшивались непосредственно к сердцу, выводились на грудную стенку и подключались к миокардиостимулятору, который имплантировался под большую грудную мышцу.

Сейчас установка миокардиостимулятора не требует торакотомии, она щадящая для пациента.

Еще один вид выполняемых в 1970-е операций – иссечение рубцов перикарда.



Ю. И. Блау – с 1973 года заведовал Межобластным кардиоцентром.



А. С. Татаренко – зав. отделением кардиохирургии с 1990 по 1998 год.



В. Ю. Блау – зав. отделением кардиохирургии с 1998 по 2000 год.



В. А. Сакович – зав. отделением кардиохирургии с 2000 по 2008 год.



А. В. Пустовойтов – зав. отделением кардиохирургии с октября 2008 года.



Академик Евгений Мешалкин



Справа сидят зав. отделением санации Вениамин Аронов и профессор Лазарь Роднянский.

Кстати, темой диссертации Юрия Ивановича Блау стало именно хирургическое лечение перикардитов, вызывающих сдавление сердца.

В те годы уже протезировались крупные артериальные магистральные сосуды. Любопытно, что пористый протез отечественного производства «Север» перед установкой специально пропитывался кровью.

К категории самых сложных вмешательств в начале 1970-х относилось поэтапное хирургическое лечение триады и тетрады Фалло (первой ступенью был анастомоз между порочно расположенными аортой и легочной артерией).

Врачи краевой больницы редко, но брались и за расслоение брюшного отдела аорты. Лечение носило не реконструктивный, а паллиативный характер: крупнейший сосуд укреплялся двумя слоями капроновой сетки.

Первый лавсановый протез аорты был сделан в США в 1952 году, но советские кардиохирурги о нем только слышали...

Сегодня гибридные операции на аорте с участием кардио- и рентгенхирургов поставлены в больнице на поток, а заведующий кардиохирургическим отделением Андрей Владимирович Пустовойтов входит в группу отечественных лидеров по выполнению этих сверхсложных операций.



Гипотермия пациента с помощью пузырей со льдом

— Врачи 1970-х, наверное, представить себе не могли, как разовьется со временем диагностическая база, — говорит Андрей Пустовойтов. — Сейчас в нашем распоряжении Эхо-КГ, КТ с высокой разрешающей способностью. Абсолютно изменились расходники: протезы, клапаны, стенты. Никто в мире тогда не лечил хирургическим методом ИБС. Еще одним важным отличием является сегодняшнее снижение хирургической травмы,

вектор в сторону развития малоинвазивных вмешательств, щадящих пациента.

В те годы отличался даже доступ к сердцу: продольные стернотомии практически не выполнялись. Доступ был двух видов: левосторонняя торакотомия или поперечный чрездвухплевральный. Сегодня большинству пациентов производится продольная стернотомия, обеспечивающая подход ко всем отделам сердца.

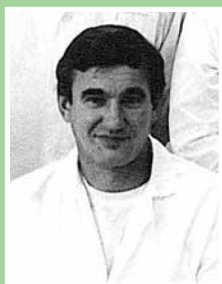
Но самое главное отличие начала 1970-х — не было искусственного кровообращения, операции проводились на работающем сердце. Первая операция с помощью аппарата

искусственного кровообращения прошла лишь в конце 1970-х, и только с 1993 года искусственное кровообращение широко вошло в практику кардиохирургов.

Еще одна особенность того времени — эфирные наркозы, от которых, по словам врачей с большим стажем, страшно разыгрывался аппетит. После длительной операции бригада дружно шла обедать — или ужинать, или завтракать, в зависимости от времени суток.

В 1970-е в практику отделения для уточнения характера изменения анатомических структур сердца и крупных сосудов было внедрено зондирование сердца, ангиокардиография, манометрия полостей сердца, оксиметрия и капнография. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы внедрен метод анализа фазовой структуры кардиоцикла у больных с заболеваниями сердца и околосердечной сумки.

По инициативе Юрия Блау, совместно с институтом «Сибцветметавтоматика» было



В. В. Голубь — в 1983 по 1988 г. — зав. отд. в составе кардиохирургии, затем зав. отд. сосудистой хирургии до 1997 года.



Е. Е. Лихошерст — зав. отделением сосудистой хирургии с 1997 года.



Н. П. Пынько — зав. отделением острых нарушений ритма сердца с 1990 по 2010 год.

Юрий Блау на обходе. Маленький пациент после операции.



создано отделение гипербарической оксигенации – жизненно необходимое в лечении тяжелых больных.

Кадры

В 1975 году на койках сердечно-сосудистого отделения произведено 600 операций. Из них 311 кардиохирургических, 222 на аорте и крупных сосудах, 67 при сложных нарушениях ритма.

Летальность была довольно высокая. От врачей требовалось не только профессиональное мастерство, но и сила духа. Необходимо было вести разговоры с самим пациентом и его родственниками, соблюдая все законы деонтологии.

Юрий Иванович Блау много внимания уделял подготовке кадров. Для отделения были подготовлены педиатр, терапевт, рентгенолог, врач функциональной диагностики, специально обучался средний медперсонал и персонал операционного блока.



Молодые врачи Елена Лихошерст и Владимир Лохман

Кроме лидера – Юрия Блау, проводившего ежедневные операции, в начале 1970-х в операционной работали бывший военноморской врач, профессор Юрий Моисеевич Лубенский, Алла Семеновна Татаренко, молодые врачи Михаил Комлев, Виктор Голубь, Владимир Лохман и всем нам известная Елена Лихошерст.

– Я пришла в отделение в 1974 году, – рассказывает Елена Евгеньевна. – Прочитала у Мешалкина, ассистировала, но Юрий Иванович никак не позволял мне проводить самостоятельные операции. Грубовато отшучивался, дескать, нечего бабам делать в кардиохирургии. Но через несколько лет я его уговорила.

Первым моим самостоятельным пациентом стал ребенок с дефектом межжелудочковой перегородки. Я выпила валерианки и пошла в операционную. Справилась.

Для сопоставления анатомических нарушений с функциональными Блау сделал обязательным присутствие в операционной всех заинтересованных врачей. Своим примером он учил анализировать и осмысливать каждого больного.

Сотрудники отделения под руководством Блау защитили семь кандидатских диссертаций. Сам заведующий – автор более 150 печатных работ и восьми рационализаторских предложений.

Ученики Блау и сегодня продолжают его дело в клиниках России и за рубежом (Израиль, США).

С 1971 года сменилось уже несколько поколений кардио- и сосудистых хирургов. Сердечно-сосудистое, а потом и кардиохирургическое отделения стали главной кузницей кадров для Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, но и в краевой больнице кардиохирургия жива и развивается.

Первая операция при искусственном кровообращении – 1977 год



Наши специалисты выполняют сложные вмешательства в срочном и экстренном порядке, в том числе по линии санавиации. Причем на операционный стол попадают пациенты не только из Красноярского края, но и соседних регионов.

Наши хирурги владеют самыми инновационными методиками хирургической коррекции сердца. Врачи производят операции по замене клапанов сердца механическими и биологическими протезами различных модификаций; лечат ишемическую болезнь сердца; стентировуют все виды магистральных сосудов, выполняют сочетанные операции, включающие, например, одномоментную замену клапана, шунтирование и РЧА.

Накоплен большой опыт гибридных операций при сложнейшей патологии – расщеплении аорты различных типов. Это высший пилотаж кардиохирургии!

Для примера: название одной из сложнейших операций, выполняемых в кардиохирургическом отделении краевой больницы:

Резекция аневризмы аорты с протезированием аортального клапана и имплантацией коронарных артерий в протез, протезирование дуги аорты в условиях искусственного кровообращения и циркуляторного ареста с последующим стентированием грудного и брюшного отделов аорты стентами различных модификаций.

На дела своих наследников со стены в кабинете заведующего КХО смотрит отец-основатель Юрий Иванович Блау.

Преемственность – историческая традиция краевой клинической больницы. Молодые врачи понимают, что сегодняшняя высокотехнологичная кардиохирургия вышла из 1970-х, и ценят заслуги своих предшественников.

Распространение журнала «ПЕРВАЯ КРАЕВАЯ»

КГБУЗ «Краевая
клиническая
больница»

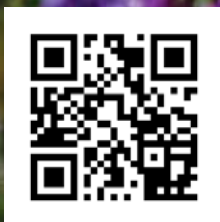


Министерство
здравоохранения
Красноярского края

Страховые
компании
Красноярского края

Медицинские
организации
Красноярского края

профессионализм
человечность
ответственность



Все о краевой клинической больнице
читайте здесь

www.medgorod.ru