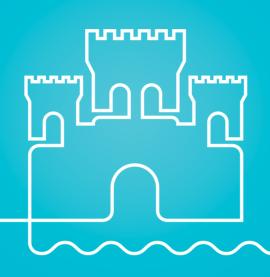




РЕМАКСОЛ° ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ









ЗАЩИЩЕН ПАТЕНТОМ. ПРОИЗВОДИТСЯ ПО СМР

КАЖДАЯ КЛЕТКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

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



РОССИЯ, 192102, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, УЛ. САЛОВА, Д. 72, КОР. 2, ЛИТ. А, ТЕЛ.: +7 (812) 710-82-25 WWW.POLYSAN.RU, INFO@POLYSAN.RU Реклама Рег. № ЛСР-009341/09

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1998 году

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

> 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. Л. Нефедова к.м.н. Г. З. Низамеева д.м.н. А. В. Протопопов 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,— фотокорреспондент. 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. Декабрь 2017 г.

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Содержание

Губернские аптеки: собственное аптечное производство
К проблеме дифференциальной диагностики стенозирующих процессов брахицефальных сосудов
Стенозирующих процессов брахицефальных сосудов
С нозокомиальной пневмонией
Ската затылочной кости 15 Анализ работы среднего медперсонала в рентгенодиагностическом отделении центра охраны материнства и детства 16-19 Физические факторы в комплексной реабилитации больных после эндопротезирования суставов нижних конечностей 19-20 Органосохраняющие операции при осложненном течении послеоперационного периода после оперативного родоразрешения 21-24 Психосоматика – миф или реальность? 25-29 Хирургические вмешательства при хроническом кистозном панкреатите и отдаленные результаты лечения 30-32 Антиэритроцитарная аллоиммунизация доноров Красноярска и края 33-36 Удовлетворение потребности в сне у учащихся среднего школьного возраста 37-39 Коррекция ремаксолом метаболических нарушений при хроническом вирусном поражении печени 40-43 Направляйте пациентов в школу ВЗК 44
отделении центра охраны материнства и детства
эндопротезирования суставов нижних конечностей
послеоперационного периода после оперативного родоразрешения
Хирургические вмешательства при хроническом кистозном панкреатите и отдаленные результаты лечения 30-32 Антиэритроцитарная аллоиммунизация доноров Красноярска и края 33-36 Удовлетворение потребности в сне у учащихся среднего школьного возраста 37-39 Коррекция ремаксолом метаболических нарушений при хроническом вирусном поражении печени 40-43 Направляйте пациентов в школу ВЗК 44
и отдаленные результаты лечения
Удовлетворение потребности в сне у учащихся среднего школьного возраста
школьного возраста
при хроническом вирусном поражении печени
EV ANIMO V OT TIVIIIA
EX ANIMO (OT ATEM)
Ирина Тарских: «На операции Войно-Ясенецкого я упала в обморок» 46-47
Михаил Дралюк: «Мы делали катетеры из презервативов»
Собаки краевой
Мама, папа, я – спортивная семья

ИТОГИ ГОДА

КРАЕВАЯ БОЛЬНИЦА В ЮБИЛЕЙНОМ 2017 ГОДУ

Подводить итоги 2017-го приятно— было много замечательных событий, которые уже вошли в историю ведущей клиники края. Давайте перечислим все важное, чем жили в уходящем году персонал и пациенты.









1. Строится хирургический корпус

Реконструкция больницы началась 13 июня 2017 года. Именно в этот день на территорию зашли «первопроходцы» — геодезисты, и уже назавтра строители стали расчищать площадку.

О том, что нас ждет большая стройка, в больнице знали еще в 2014 году, когда федеральное правительство согласовало перечень объектов, которые должны быть построены в Красноярске к Всемирной Универсиаде 2019 года. Среди трех «медицинских» строек планировалась масштабная реконструкция краевой клинической больницы.

Проект реконструкции активно разрабатывался в 2015-2016 годы, причем с участием наших врачей, которые выдвинули четкие требования к помещениям будущего корпуса и их оснащению.

Вплоть до весны 2017 года руководство больницы пребывало в тревоге, потому что строительство находилось под вопросом: речь шла о больших затратах, преимущественно из федерального бюджета. Затем, когда бюджет в 7,4 миллиарда рублей утвердили, остро встал вопрос о подрядчике — за большой проект «бились» несколько строительных компаний. Выиграла СК «Сибиряк».

До 1 января 2019 года «Сибиряк» должен возвести на территории больницы комплекс из трех девятиэтажных башен, соединенных четырехэтажным стилобатом.

В башнях будут размещены операционные, реанимационные отделения, комфортные палаты. В «четырехэтажке» — приемный покой с малой операционной, центральное стерилизационное отделение и пищеблок.

Итак, в июне после всех перипетий на территорию больницы зашли строители. С первого дня персонал, пациенты и посетители были потрясены скоростью строительства: днем и ночью, в любую погоду, в невероятном темпе.

Конечно, администрация заранее просила понимания и прощения у пациентов и их родственников за неудобства, связанные со стройкой. Но жалоб совсем немного, ведь очень скоро неприятности закончатся, в больнице будет новое прекрасное здание.

Судите сами:

- уже к концу июня снесены старые здания автохозяйства, прачечной, архива и слесарного цеха, вырыт котлован для пищеблока и ЦСО, организован подвоз питания для пациентов;
- к середине июля снесен старый спортзал, перенесена дизельная электростанция, проложены первые тепловые трассы, а главное в фундамент будущего хозяйственного здания уложена первая тысяча кубометров бетона;
- к началу сентября выведен цоколь стилобата, закончилась заливка фундамента под основные блоки хирургического корпуса;
- к началу октября монолитный «скелет» прачечной готов, на 60% выложен кирпичом, началась установка окон, закончен нулевой уровень трех основных башен, стремительно растут колонны и перекрытия, прокладывается новая теплотрасса со стороны Енисея, водопровод, канализация, вылит фундамент под котельную и электроподстанцию;
- к третьей декаде ноября строители ушли на седьмой этаж хирургического корпуса первой башни из трех 9-этажек, четырехэтажный стилобат близок к завершению.

Строительные работы идут с опережением на месяц.

К Новому году «скелеты» башен будут построены — на 20 декабря в одной из башен осталось возвести всего два этажа и завести здание под крышу.



2. Больнице исполнилось 75 лет

К юбилею мы готовились более полугода. Был создан оргкомитет в составе руководства клиники, профсоюзного комитета, информационного центра и, конечно, наших финансистов.

Удалось привлечь достаточно спонсорских средств, и поэтому все запланированное выполнено.

Это проза, а сам юбилей стал настоящей поэзией.

К празднику был отснят прекрасный фильм о больнице, издана юбилейная книга, запущен новый официальный сайт, о краевой больнице писали и снимали сюжеты все краевые СМИ, и все поздравляли с Днем рождения ведущую клинику Красноярского края, любимую, народную больницу.

Апофеозом праздника стал концерт в Большом зале филармонии. Главными героями были ветераны, приглашенные на торжественное мероприятие. Им вручили подарки, усадили на лучшие места и на протяжении всего концерта благодарили за беззаветное служение медицине. Счастлив был коллектив — в динамичном фильме о больнице врачи и медсестры видели, как красива их работа. Наши лучшие сотрудники получили награды и подарки.

Больницу поздравили руководители города и края и, конечно, пациенты.

Уже после торжественных мероприятий состоялась научно-практическая конференция, посвященная менеджменту качества в лечебных учреждениях. Участниками конференции стали более 200 делегатов из разных городов России и сопредельных государств.

А еще к юбилею впервые в истории клиники была издана книга о больнице «75 лет мастерства, любви, ответственности».





3. Интенсивно развивались медицинские технологии

Прежде всего, шагнула вперед трансплантология.

Напоминаем: первую донорскую почку в краевой больнице пересадили в марте 2014 года. Более двух лет понадобилось трансплантологам и руководству больницы, чтобы перейти на новый технологический уровень — трансплантацию печени и сердца.

Первая успешная пересадка печени и сердца состоялась в конце 2016 года.

Эта новость вошла в топ событий года в масштабе всего края. Больница провела пресс-конференцию, на которой кардиохирург Андрей Пустовойтов и абдоминальный хирург Дмитрий Ложкин рассказали об уникальных операциях, а заведующий ОАР №2 Кирилл Линев — о вернувшихся к жизни реципиентах.

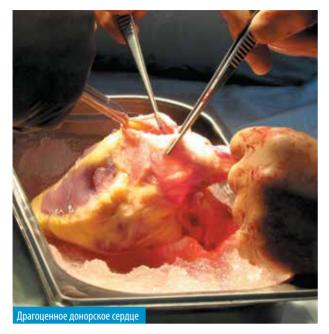
В 2017 году в больнице успешно трансплантированы четыре донорских сердца и проведены семь пересадок печени. Число пересаженных донорских почек приближается к сорока.

Конечно, трансплантация донорских органов в нашей больнице становится рутиной для общественности и СМИ, но только не для медицинского персонала и пациентов, ведь каждый случай пересадки донорского органа умирающему человеку — индивидуален. За каждого из драгоценных больных переживает большой коллектив трансплантологов, и самое главное, реципиенты уже навсегда связаны с нашей больницей, они наши.

В 2017 году внедрены новые технологии и по другим профилям.

В отделении абдоминальной хирургии внедрены сложные высокотехнологичные вмешательства при альвеококкозе печени и гигантских послеоперационных вентральных грыжах.







В отделении хронического гемодиализа внедрен перитонеальный диа-

лиз, позволяющий пациентам проводить процедуру на дому.

В отделении микрохирургии состоялись успешные операции по реплантации оторванной кисти и нескольких пальцев.

Новый самолет Pilatus получила санавиация — сегодня он успешно выполняет санзадания по доставке пациентов в краевую больницу.

Реализован приоритетный проект «Обеспечение оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Красноярского края».

На реализацию проекта израсходовано почти 172 миллиона рублей из федерального бюджета. За эти средства с 30 июля до 7 декабря выполнено 387 вылетов, эвакуировано 600 пациентов, из них 138 детей, в том числе до

В основном это были пациенты хирургические (139 человек) и с травмами (113 человек). Эвакуированы 35 пациентов с ОКС, 24 – с нарушением мозгового кровообращения, 19 – с ожогами. Доставлены в больницы Красноярска 87 женщин с акушерской патологией и 79 терапевтических больных.

Всего же за 2017 год краевая больница пролечила около 36 тысяч пациентов, из них более 4 тысяч получили высокотехнологичную медицинскую помощь

4. Больница получит сертификат менеджмента качества ISO-9001

Менеджмент качества оказания медицинской помощи в краевой клинической больнице развивается с 2014 года.

Стратегическая цель нашей больницы — стать лучшей в СФО среди многопрофильных клиник, дружелюбной к пациенту и создающей все условия для качественной и комфортной работы персонала. Этой цели подчинены все административные решения последнего времени.

За три года удалось снизить затраты на лекарства, хранящиеся в отделениях, повысить бесперебойность обеспечения лечебных отделений необходимыми препаратами и расходными материалами с помощью системы канбан («карточка»).

В больнице внедрены десятки стандартов оказания медицинской помощи, которые позволяют выявить «узкие» места, четко распределить задачи между всеми участниками процесса и наладить между ними оптимальное взаимодействие.

У нас постоянно проводятся внутренние аудиты по системе менеджмента качества — по опросникам или чек-листам, включающим требования не только федеральных, но и внутрибольничных нормативных документов. Выявленные по результатам аудита несоответствия заносятся в план по их устранению, выполнение которого контролируется через назначенный срок.



Международный эксперт Александр Федонников проводит сертификационный аудит в краевой больнице

Практика внутренних аудитов показывает свою эффективность в повседневной деятельности отделений больницы. Так, по мнению новых сотрудников, наличие стандартов выполнения тех или иных процессов позволяет быстрее освоиться с должностью и избегать ошибок.

Позитивные перемены отражаются в результатах анкетирования пациентов, которое проводится дважды в год, – процент удовлетворенных качеством оказания медицинской помощи и условиями пребывания в краевой больнице заметно вырос по сравнению с предыдущими годами.

С 11 по 15 декабря в больнице состоялся сертификационный аудит, проведенный аудиторами международного органа по сертификации. Эксперты в соответствии с требованиями сертификата ISO-9001 проанализировали работу

больницы по внедрению менеджмента качества. Заключение аудиторов было положительным - в январе 2018 года краевая клиническая больница получит сертификат менеджмента качества



Стоит напомнить, что сертификат ISO-9001 не означает, что больница может почивать на лаврах.

Одним из главных принципов системы менеджмента качества является непрерывность процесса улучшения. Этого можно добиться только периодической оценкой работы структурных подразделений больницы для выявления несоответствий, требующих устранения. Поэтому подтверждать международный сертификат ISO-9001 нам придется ежегодно.

5. Внедрены клинико-статистические группы

С 1 января в краевой клинической больнице внедрен способ оплаты за оказание медицинской помощи в соответствии с клинико-статистическими группами (КСГ).

КСГ представляет собой клинически однородные случаи диагностики и лечения, оцениваемые по единому тарифу.

Система КСГ внедряется по всей стране уже третий год. Делается это для того, чтобы оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарах, была максимально понятной и прозрачной.

Внедрение КСГ в краевой больнице признано успешным, потому что не сопровождается финансовыми потерями. Между тем, есть и менее удачные примеры внедрения нового способа оплаты медицинской помощи.

Финансовые риски действительно есть: связаны они с неправильным кодированием историй болезни, с неверной формулировкой диагноза, недостаточным обследованием пациентов, влекущими за собой перемещение пациента в другую, ниже оплачиваемую клинико-статистическую группу.

Успех краевой больницы во внедрении КСГ связан с серьезной всесторонней подготовкой к переходу на новую систему оплаты медицинского труда, благодаря нашим высококлассным специалистам административного и финансового звена. Руководство ККБ проводило разъяснительную работу среди заведующих отделениями и лечащих врачей всех профилей, чем снизило финансовые риски и возможные потери.

6. В больнице успешно развиваются платные услуги



Руслан Питаев, руководитель отдела платных услуг

Возрождение платных услуг началось в ККБ в мае 2016 года — вначале на уровне поликлиники и дневного стационара.

На январь 2017 года больница заработала 800 тысяч рублей, в основном за счет стоматологических услуг и нетрадиционной медицины.

На ноябрь 2017 года на платных услугах больница зарабатывала уже 2,5 миллиона рублей ежемесячно — за счет консультативных приемов и диагностических исследований.

В мае открылись консультативные приемы самых популярных специалистов — кардиолога, невролога, эндокринолога, уролога и ортопеда.

Ежемесячно к коллегам присоединялись специалисты других профилей, и сегодня прием ведут микрохирурги, эндокринные хирурги, доктора других «штучных» специальностей.

Примечательно, что некоторые доктора уже оставили свою подработку в частных клиниках Красноярска и оказывают помощь пациентам исключительно в родной больнице — это выгоднее, чем перемещаться по городу.

1 ноября в краевой больнице открылся прекрасно оборудованный платный стационар, в котором пациентам предлагается комплексное стационарное лечение сердечнососудистых заболеваний по программам «Лечение гипертонической болезни», «Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия»,



«Лечение фибрилляции и трепетания предсердий», а также комплексные диагностические обследования (Check-Up).

Лечение проводится в индивидуальном блоке регионального сосудистого центра с размещением в палатах повышенной комфортности.

Воспользоваться услугами платного стационара могут не только жители Красноярского края, но и других регионов РФ, ближнего и дальнего зарубежья. В краевую больницу регулярно обращаются граждане Средней Азии, Казахстана, а также из Европы и США, желающие пройти обследование и лечение в краевой клинической больнице. Теперь это стало возможно.

Стоит подчеркнуть главное отличие платных услуг краевой больницы от оказываемых в частных медицинских клиниках. Поскольку в больнице в основном оказывается бесплатная медицинская помощь по программе ОМС, консультанты, ведущие платный прием, предоставляют пациенту полную информацию о возможностях получить медицинскую услугу бесплатно, и более того — если есть выбор между платной и бесплатной помощью, и если время терпит, убеждают больного получить бесплатную медицинскую услугу.

7. Награды и звания

В 2017 году двое сотрудников ККБ награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», трое — благодарностью Минздрава РФ, 26 — «Почетной грамотой минздрава Красноярского края», двое — золотым знаком «Почетный работник ККБ».

Получил звание «Заслуженный врач РФ» руководитель гнойно-септического центра, профессор Черданцев.

В больнице защищена одна кандидатская диссертация.



СОБСТВЕННОЕ АПТЕЧНОЕ ПРОИЗВОДСТВО



Государственное предприятие Красноярского края «Губернские аптеки» представляет вашему вниманию обзор лекарственных средств, которые изготавливаются непосредственно в аптеках сети по рецептам врачей.

Довольно часто терапевты и педиатры назначают своим пациентам специфические лекарственные средства, которые не выпускаются в серийном производстве фармацевтическими компаниями. Это обусловлено тем, что данные лекарственные средства имеют ограниченные сроки годности и зачастую их производство не несет экономической выгоды. Но потребность пациентов в данных лекарственных средствах все же есть. В этом смысле производственные площади сети «Губернские аптеки» и широкая географическая представленность аптек в Красноярске и Красноярском крае дает возможность врачам не отказываться от выписки данных лекарств своим пациентам.

Все лекарственные средства, представленные ниже, изготавливаются провизорами-технологами Губернских аптек. При их производстве соблюдены все параметры и дозировки по ГОСТу, проведены все необходимые процедуры по проверке качества. Эти позиции можно заказать практически в любой аптеке сети, для уточнения адреса аптеки, где можно получить данные препараты по рецепту врача, можно воспользоваться телефонами контакт-центра 8 (800) 775-64-03 или 8 (391) 290-44-03, позвонив по которым, Вы сможете получить информацию, где находится ближайшая аптека, в которой Вы сможете получить требуемое лекарство.

РАСТВОР ПРОТАРГОЛА 2% 10 МЛ. (ФЛАКОН С ПИПЕТКОЙ).

Обладает выраженным антисептическим, противовоспалительным, противомикробным и противогрибковым действием.

Состав: Протаргол 0,2; Вода очищенная до 10мл.

<u>Показания:</u> Острый и хронический ринит, назофарингит, синусит, гайморит, аденоиды.

<u>Способ применения:</u> 1-3 капли в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Носовой ход предварительно должен быть очищен.

Побочное действие: Жжение и зуд, которые быстро проходят.

РАСТВОР ФУРАЦИЛИНА 1:5000 390 МЛ., СТЕРИЛЬНО.

Обладает выраженным антибактериальным эффектом, угнетающим активность как грамположительных (стрептококки, стафилококки и др.), так и грамотрицательных бактерий (кишечная палочка, дизентерийная палочки, сальмонелла и др.). Используется наружно для терапии и профилактики гнойно-воспалительных процессов различной этиологии.

Фурацилин способен не только остановить дальнейшее размножение болезнетворных бактерий, но и стимулировать выработку антител.

<u>Состав:</u> Фурацилин 0,078; Натрия хлорид 3,51; Вода очищенная до 390 мл.

Показания: Гнойно-воспалительные поражения кожи (фурункулы, карбункулы), раны (в том числе пораженные анаэробной инфекцией), язвы и пролежни, ожоги II и III степени, подготовка к оперативному вмешательству (пересадке кожи); ангина (тонзиллит), стоматит, гингивит; воспаление плевральных

листков; гнойные поражения костной ткани (остеомиелит); хронический гнойный отит, воспаление околоносовых пазух; конъюнктивит, воспаление краев век (блефарит).

Способ применения: Для полоскания горла фурацилин стоит использовать не реже, чем 1 раз каждые полчаса. Дальнейший процесс развития патогенной микрофлоры становится невозможным. Антибактериальный эффект сохраняется 40 минут.

При обработке кожных покровов стоит соблюдать простое правило: нельзя ватными или марлевыми тампонами удалять остатки раствора, которые могут остаться после проведения обработки. Следует оставлять раствор на раневой поверхности хотя бы на 5 минут. При обработке гнойных поверхностей время выдержки увеличивается до 10 минут. Рекомендуется перед этим очищать поверхность 3% раствором перекиси водорода.

МИКСТУРА ОТ КАШЛЯ 200 МЛ.

<u>Состав:</u> Экстракт алтейного корня сухой 6,0; Натрия гидрокарбонат 2,0; Натрия бензоат 2,0; Капли нашатырно-анисовые 2 мл.; Грудной эликсир 2 мл.; Вода очищенная до 200 мл.

<u>Показания:</u> Острые и хронические заболевания дыхательных путей и глотки, сопровождающиеся трудным отхождением мокроты, воспаления миндалин и мягкого нёба, трахеи.

Способ применения: Детям с 3 месяцев до 3 лет — 1 чайная ложка (5 мл.) 3 раза в сутки, детям с 3 до 7 лет — 1 десертная ложка (10 мл.) 3 раза в сутки, детям старше 7 лет и взрослым — 1 столовая ложка (15 мл.) 3 раза в сутки.

ГЛЮКОЗА 75 ГР.

Применяют при проведении теста толерантности к глюкозе, когда содержание глюкозы в крови не позволяет установить диагноз нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета.

Способ применения и дозы: Исследуемые не менее, чем за 3 часа до пробы должны соблюдать обычный режим питания (с содержанием углеводов не менее 150-200 г. в сутки) и физических нагрузок. Первую пробу берут утром натощак, после ночного голодания в течение 10-14 часов (пить воду разрешается).

После первого взятия крови исследуемый принимает 75 гр. Глюкозы, растворенной в 250-500 мл. воды в течение 2-5 минут. Для улучшения вкусовых качеств раствора и предотвращения тошноты можно добавить сок лимона или лимонной кислоты.

При поведении проб у лиц с избыточным весом глюкозу дают из расчета 1г на 1 кг массы тела, но не более 100гр. Для детей количество глюкозы составляет 7,75 гр. На 1 кг массы тела, но не более 75 гр. Через 2 часа определяется уровень глюкозы в крови.

СРЕДСТВО ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ 50 МЛ.

Обладает бактерицидным, противоаллергическим, местноанестези-

рующим действием. Быстро устраняет зуд и красноту.

<u>Состав:</u> Раствор борной кислоты 3% спиртовой 50 мл.; Димедрол 0,5; Анестезин 1,0.

<u>Показания:</u> Ветряная оспа, укусы насекомых.

<u>Способ применения:</u> Наносить на пораженные участки.

Побочных действий не отмечено.

Лицензия ЛО-24-02-001724 от 10.10.2017г.





Noka urus, Dum docemus, discimus yrus

НЕЙРОХИРУРГИЯ

К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПРОЦЕССОВ БРАХИЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ

О.Г. Краев, Н.Н. Маркова, С.Н. Кирик, А.И.Ломакин, П.Г.Шнякин ФГБУЗ КБ№ 51 ФМБА России, Железногорск

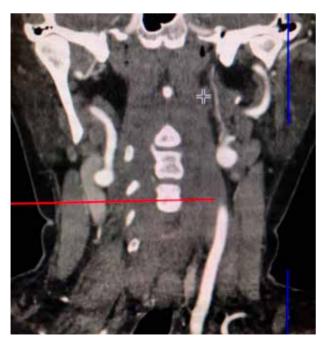
Актуальность проблемы

При обследовании пациентов с ОНМК врачи-неврологи нередко сталкиваются с выявлением стенотических процессов в брахицефальных сосудах как причиной мозговой катастрофы. Дифференциальный ряд включает следующие заболевания и состояния: стеноз на фоне атеросклеротического поражения стенки сосуда, диссекцию артерии, артериит Такаясу, болезнь мойя-мойя, фибромускулярную дисплазию, врожденную гипоплазию одной из артерий. Иногда происходит сочетание патологий: фибромаскулярной дисплазии с вторичной диссекцией и аневризматическими расширениями.

Остановимся чуть подробнее на такой патологии, как фибромускулярная дисплазия (ФМД), которая, по всей видимости, случается несколько чаще, чем диагностируется. ФМД представляет идиопатическое — не атеросклеротическое и не воспалительное сегментарное поражение мышечного слоя сосудистой стенки, приводящее к стенозу мелких и средних артерий. Диагноз ФМД — диагноз исключения.

ФМД можно охарактеризовать как редкое заболевание, являющееся нечастой причиной вторичной гипертензии молодых женщин, а также как системное сосудистое заболевание с поражением почечных, цервикальных, церебральных, коронарных и подвздошных артерий. Обращает внимание, что более чем в 30% случаев ФМД встречается в двух и более бассейнах артерий.

По данным ряда авторов, чаще всего при данной патологии поражаются почечные (до 58% случаев) и магистральные артерии головы (до 32%). Артерии другой локализации (подмышечные, подключич-



ные, подвздошные, артерии печени, мезентериальные и коронарные) поражаются реже (до 10% случаев).

ФМД сонных и позвоночных артерий встречается реже, чем поражение почечных сосудов. По данным анализа американского регистра, одновременная диагностика ФМД почечных и каротидных артерий отмечается в 65% случаев.

Задуматься о наличии цереброваскулярной ФМД необходимо при обнаружении ФМД почечных артерий, у пациентов с пульсирующим шумом в ушах, расслоением цервикальной артерии, церебральной ишемией, субарахноидальным кровоизлиянием, внутримозговой аневризмой и артериовенозной фистулой. Обращает на себя внимание, что у 60% пациентов с такой патологией наблюдается головная боль, 32% из них имеют классическую мигрень. По данным исследований, ишемический инсульт возникает у 10% больных, транзисторная ишемическая атака — примерно у 20%.

В противовес цервикальной ФМД, интракранильная ФМД встречается очень редко. Однако у 6% пациентов она может осложняться множественными внутричерепными аневризмами.

Клинический случай

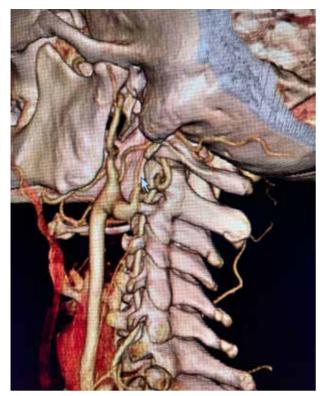
В феврале 2016 года в приемный покой КБ № 51 Железногорска по линии «скорой помощи» поступила женщина 40 лет с жалобами на выраженную общую слабость, головокружение системного характера, тошноту, выраженные боли в левой лобно-височной области, онемение в левой половине лица. Из анамнеза заболевания известно, что ухудшение самочувствия наступило месяц назад, когда появились боль в горле, кашель, повышение температуры до субфебрильных цифр.

Данные явления ОРЗ больная лечила самостоятельно, за медицинской помощью не обращалась, не обследовалась. За неделю до поступления присоединились головные боли, преимущественно в левой височной области. Интенсивность головной боли имела высокий характер и сопровождалась тошнотой и рвотой. На высоте боли больная была вынуждена вызвать скорую помощь и с подозрением на ОНМК была транспортирована в ПДО КБ № 51.

Из анамнеза жизни каких-либо примечательных фактов больная не сообщала. Ранее считала себя здоровой, гипертоническую болезнь отрицает. При поступлении при объективном осмотре: нормального телосложения, оглушение I степени, астенизирована, голос слегка осипший.

Глазные щели больше справа, легкий экзофтальм правого глазного яблока, ослаблена конвергенция правого глазного яблока, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде влево.

Глотание сохранено. Парезов, анизорефлексии выявлено не было. Сухожильные рефлексы равномерно снижены, отмечалась диффузная мышечная гипотония. Нарушений чувствительности не выявлено. Па-



тологические кистевые, стопные знаки отрицательные. Менингеальные знаки отрицательные.

Больной была проведена рутинная МСКТ головного мозга, на которой данных за патологический процесс не выявлено.

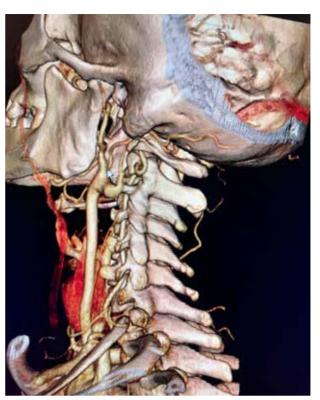
При дальнейшем плановом обследовании при дуплексном сканировании экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий выявлено отсутствие кровотока в левой внутренней сонной артерии. Проведена МР ангиография: отсутствие нормального потокового МРсигнала по экстракраниальному отделу левой ВСА до уровня сифона. СМА и ПМА слева получает кровоснабжение из системы правой ВСА; потоковый МР- сигнал по СМА, ПМА слева, а также левой позвоночной артерии снижен.

Заключение: MP-картина окклюзии левой ВСА. Ликвородинамические нарушения левого полушария. Рекомендовано проведение MCKT ангиографии.

На следующий день больной была проведена МСКТ ангиография: брахиоцефальный ствол, левая сонная, левая подключичная артерии отходят обычно. Просвет их не сужен. Шейные отдел левой внутренней сонной артерии от луковицы до каменистого отдела сужен с просветом до 1,5 мм, в каменистой части просвет 3,4 мм. Вертебральные артерии до внепозвоночного сегмента без патологических сужений. Слева интрадуральный отдел до слияния ПА равномерно сужены. Передние, средние, задние мозговые артерии отходят обычно, просвет их не сужен. Заключение: гипоплазия левой ВСА и интрадурального отдела левой ПА.

В клинических анализах без значительных отклонений от нормы. Рутинное исследование свертывающей системы (МНО, АЧТВ, тромбоциты) патологии не выявило. В дальнейшем больная была обследована на наличие наследственной тромбофилии — данной патологии свертывающей системы не выявлено.

Проводилась следующая терапия: антикоагулянтная терапия гепарином 5 тыс. ед. 3 раза в сутки с переходом на клопидогрел 75 мг в сутки, препараты, улучшающие реологию крови (реополиглюкин), фолиевая кислота 1мг 3 раза в сутки. Также проводилась симптома-



тическая терапия. Были назначены малые дозы гипотензивных препаратов: метопролол 25 мг 2 раза в сутки в связи с незначительным повышением АД до 140/90 мм рт. Ст. со снижением до 120/80 мм рт. ст.

На фоне лечения достигнута положительная клиническая картина. Цефалгический синдром регрессировал через пять дней от начала лечения. Гемодинамические показатели стабильны на фоне минимальной гипотензивной терапии. В неврологическом статусе без очаговой патологии. Ранее выявленные изменения регрессировали. Вестибулярные нарушения купированы в первые сутки. Незначительная атаксия сохранялась до двух недель без сторонности.

Таким образом, у данной пациентки была выявлена протяженная окклюзия левой ВСА. При этом, учитывая молодой возраст пациентки, в первую очередь необходимо было дифференцировать такие состояния, как спонтанная диссекция и фибромаскулярная гипоплазия.

Пациентка взята под контроль для дальнейшего планового наблюдения (МСКТ-ангиография в динамике).

Литература

1. Вачёв А.Н., Головин Е.А., Дмитриев О.В. и др. Хирургическое лечение больных с фиброзно-мышечной дисплазией внутренней сонной артерии // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2009. — № 2. — С. 85-90.

2. Евтушенко С.К. и др. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии: Руководство для врачей. — Донецк, 2009. — 265 с.

3. Калашникова Л.А., Кадыков А.С., Добрынина Л.А., Кротенкова М.В. Расслаивающая гематома (диссекция) внутренней сонной артерии и ишемические нарушения мозгового кровообращения // Неврол. журн. — 2001. — № 6. — С. 9-12.

4. Калашникова Л.А., Коновалов Р.Н., Кротенкова М.В. Спонтанное интрамуральное кровоизлияние (диссекция) в интракраниальных артериях и ишемические нарушения мозгового кровообращения // Журн. неврол. и психиатр. (прил. Инсульт). — 2006. — № 17. — С. 4-14.

СТАНДАРТЫ

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

- 1. Медицинская сестра оценивает состояния пациента и при ухудшении состояния (повышение температуры тела, ЧСС, ЧД, снижение АД) вносит информацию о его состоянии в систему qMS и информирует лечащего/дежурного врача.
- 2. Лечащий/дежурный врач оценивает жалобы/уточняет анамнез (ранняя или поздняя нозокомиальная пневмония (далее НП), оценивает факторы риска наличия полирезистентных бактерий), производит осмотр пациента и делает дополнительные назначения:
 - развернутый анализ крови;
 - биохимический анализ крови (СРБ, креатинин, АЛТ, АСТ);
 - цитологическое исследование мокроты;
 - мокрота на бактериологический посев;
 - рентгенологическое исследование.

Затем заносит данные в систему qMS, распечатывает направление на анализы и передает их медицинской сестре.

Факторы риска выделения возбудителей НП с множественной устойчивостью к антибактериальным препаратам (далее — АБП):

- антибактериальная терапия (далее АБТ) в предшествующие 90 дней;
- НП, развившаяся через 5 суток и более от момента госпитализации;
- высокая распространенность антимикробной резистентности у основных возбудителей в конкретных отделениях стационаров;
 - острый респираторный дистресс-синдром (далее ОРДС);
- госпитализация в течение двух и более дней в предшествующие 90 дней;
- пребывание в домах длительного ухода (домах престарелых, инвалидов и др.);
 - хронический диализ в течение предшествующих 30 дней;
- наличие члена семьи с заболеванием, вызванным полирезистентными возбудителями (далее — ПРВ);
- наличие иммунодефицитного состояния и/или иммуносупрессивной терапии.
- 3. Получив направление на анализы, медицинская сестра выдает пациенту контейнер под биоматериалы, производит забор крови в процедурном кабинете, забирает у пациента контейнера с биоматериалом. Отправляет пациента на рентгенологическое исследование и относит биоматериалы в клинико-диагностическую лабораторию (общий анализ крови, биохимический анализ крови и цитологическое исследование мокроты) и бактериологическую лабораторию (мокрота на бактериологический посев (при наличии мокроты).
- 4. Пациенту в стабильном состоянии врач-рентгенолог проводит рентгенографию органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях и делает описание рентгенограммы.
- 5. Специалист КДЛ, получив биоматериалы, проводит исследование крови и вносит результаты исследований в qMS.
- Врач-лаборант бактериологической лаборатории, получив биоматериалы, проводит исследование присланного материала и вносит результаты исследований в qMS.

7. Получив данные из КДЛ и описание рентгенограммы, лечащий/ дежурный врач оценивает полученные данные и принимает решение о клиническом диагнозе.

Если диагноз не вызывает сомнений и состояние пациента стабильное, лечащий/дежурный врач не позднее четырех часов назначает лечение (АБТ, дезинтоксикационная терапия, симптоматическая терапия). Затем лечащий/дежурный врач вносит назначения в систему qMS и сообщает об этом медицинской сестре. Лечащий/дежурный врач передает информацию о выявленной нозокомиальной пневмонии в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Красноярского края».

Если состояние пациента тяжелое, лечащий/дежурный врач при наличии двух и более признаков вызывает врача анестезиолога-реаниматолога.

Показания для вызова бригады ОАР:

- $-CAД \le 90$ мм рт. ст.;
- -ДАД ≤ 60 мм рт. ст;
- температура тела \leq 35,5 или \geq 40°C;
- ЧСС > 125 ударов в минуту;
- сатурация кислорода $\leq 90\%$ (у беременных $\leq 92\%$);
- 4Д > 30 в минуту.

Если диагноз вызывает сомнения и состояние пациента стабильное, лечащий/дежурный врач вызывают на консультацию пульмонолога.

8. Медицинская сестра выполняет назначения врача.

В течение первых трех суток медицинская сестра каждые три часа проводит оценку состояния пациента (далее 2 раза в день) и заносит информацию в qMS, контролируя следующие показатели:

- сатурация кислорода;
- температура тела;
- артериальное давление;
- **–** 4((

В случае ухудшения состояния пациента медицинская сестра вызывает лечащего/дежурного врача.

Условием для вызова лечащего врача/дежурного терапевта являются следующие показатели:

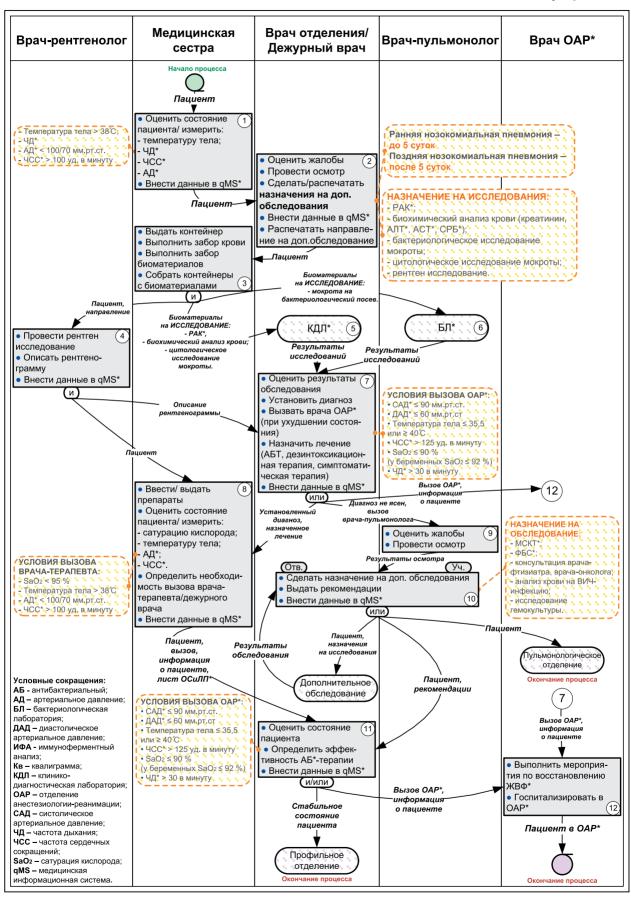
- сатурация кислорода < 95%;
- температура тела > 38°C;
- артериальное давление < 100/70 мм рт. ст.;
- -4CC > 100.
- 9. Врач-пульмонолог оценивает жалобы, производит осмотр пациента, оценивает лабораторные исследования и рентгенограммы.
- 10. Лечащий врач совместно с врачом-пульмонологом оценивает необходимость назначения дополнительных исследований и консультаций узких специалистов (МСКТ, ЭХО-КГ, ФБС, ФГС, исследование крови на ВИЧ, гемокультуры, консультация онколога, фтизиатра).

Если необходимо, пациент проходит дополнительные исследования. Результаты исследования заносятся в qMS.

Лечащий врач совместно с врачом-пульмонологом принимает решение в случае необходимости о переводе пациента в отделение пульмонологии.

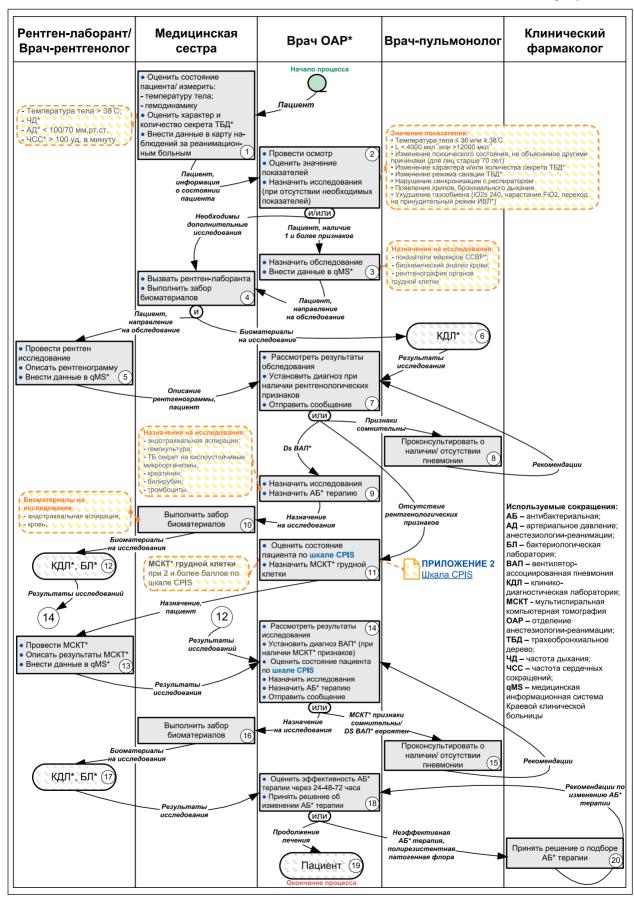
15.3.1 Порядок оказания медицинской помощи больным с нозокомиальной пневмонией





15.3.2 Порядок оказания МП больным, которым проводится ИВЛ, при подозрении на наличие или развитие пневмонии





- 11. Если пациент продолжает лечение в профильном отделении, лечащий врач ежедневно оценивает состояние пациента, анализирует результаты исследований, назначает/корректирует лечение (оценка АБТ осуществляется через 24-48-72 часа) до полного разрешения пневмонии.
- 12. Получив вызов, врач анестезиолог-реаниматолог прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ. При наличии показаний пациент госпитализируется в ОАР.
- 1. Медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации (далее ОАР) фиксирует ухудшение состояния пациента:
 - повышение/понижение температуры;
 - изменение ЧСС, АД, ЧДД;
 - изменение характера и/или количества секрета ТБД при санации;
 - увеличение потребности проводимых санаций ТБД;
 - срабатывание тревог респиратора.

Вносит информацию в карту наблюдений за реанимационным больным и информирует врача анестезиолога-реаниматолога.

- 2. Врач ОАР проводит осмотр пациента и оценку его состояния для определения наличия синдрома полиорганной недостаточности (далее СПОН) (Приложение 1), оценивая значение показателей, которые не могут быть объяснены основным заболеванием либо другими состояниями:
 - температура тела \leq 36 или \geq 38°C;
 - -L<4000 мкл-1 или >12000 мкл-1;
- изменение психического состояния, не объяснимое другими причинами (для лиц старше 70 лет):
 - изменение характера и/или количества секрета ТБД;
 - изменение режима санации ТБД;
 - нарушение синхронизации с респиратором;
 - появление хрипов, бронхиального дыхания;
- ухудшение газообмена (i02 \leq 240, нарастание Fi02, переход на принудительные режимы ИВЛ).

При отсутствии каких-то из выше перечисленных исследований назначает их в системе qMS, распечатывает и передает медицинской сестре OAP.

- 3. При наличии одного из перечисленных признаков врач ОАР назначает рентгенологическое исследование грудной клетки (далее РИГК) на месте, анализ крови на маркеры ССВР, общий анализ крови (далее ОАК) и сообщает медицинской сестре о необходимости вызвать рентгенлаборанта для проведения РИГК.
- 4. Медицинская сестра ОАР вызывает рентгенлаборанта, проводит забор крови, согласно назначениям врача ОАР, относит биоматериал в клинико-диагностическую лабораторию (далее КДЛ).
- 5. Рентгенлаборант проводит РИГК. Врач-рентгенолог описывает результаты РИГК и вносит данные в qMS.
- 6. Специалист КДЛ проводит исследования биоматериалов и вносит данные в qMS.
- 7. Получив данные РИГК и результатов исследования биоматериалов, врач ОАР принимает решение о клиническом диагнозе пневмония (при наличии пневмонии при проведении ИВЛ менее 48 часов — внебольничная пневмония; при ИВЛ 48 часов — 5 суток — ранняя ВАП; при ИВЛ более 5 суток — поздняя ВАП).

В случае сомнений в диагнозе врач ОАР может пригласить для консультации врача-пульмонолога.

- В течение суток врач ОАР отправляет специальное сообщение о выявлении пневмонии в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Красноярского края».
- 8. Врач-пульмонолог консультирует врача ОАР по принятию решения о наличии пневмонии.

 Врач ОАР назначает дополнительное обследование пациента, вносит данные в gMS и распечатывает анализы.

Бактериологическое исследование:

- эндотрахеальная аспирация (диагностически значимый титр микробных тел≥ 105 КОЕ/мл) или бронхоальвеолярный лаваж (диагностически значимый титр микробных тел ≥ 104 КОЕ/мл) (при невозможности быстрой доставки контейнер с мокротой может храниться в холодильнике при температуре +2-8°С не более 24 часов);
 - гемокультура:
- исследование ТБ секрета на кислотоустойчивые микроорганизмы.

Биохимическое исследование:

- креатинин;
- билирубин;
- исследование числа тромбоцитов.

Врач ОАР назначает антибактериальную терапию с учетом сроков развития пневмонии и наличия факторов риска MDR возбудителей и бактериологического пейзажа отделения. К факторам риска MDR относят:

- АБТ в предшествующие 90 дней;
- НП, развившаяся через пять и более суток от момента госпитализации;
- высокая распространенность антимикробной резистентности у основных возбудителей в конкретных отделениях стационаров;
 - острый респираторный дистресс-синдром (далее ОРДС);
- госпитализация в течение двух и более дней в предшествующие 90 дней;
- пребывание в домах длительного ухода (домах престарелых, инвалидов и др.);
 - хронический диализ в течение предшествующих 30 дней;
- наличие члена семьи с заболеванием, вызванным полирезистентными возбудителями (далее – ПРВ);
- наличие иммунодефицитного состояния и/или иммуносупрессивная терапия.
- 10. Медицинская сестра ОАР проводит забор биоматериала и транспортирует материал в лаборатории:
 - бактериологическую лабораторию;
 - клинико-диагностическую лабораторию.
- 11. В случае отсутствия рентгенологических признаков пневмонии врач ОАР проводит оценку по шкале CPIS (Приложение 2) и при двух и более баллах назначает проведение мультиспиральной компьютерной томографии (далее МСКТ) грудной клетки (далее ГК) (при возможности транспортировки пациента; при отсутствии возможности оставляет запись, объясняющую, чем обусловлена невозможность проведения МСКТ ГК), и вносит данные в qMS.
- 12. Специалисты ҚДЛ и бактериологической лаборатории (далее БЛ) проводят исследования биоматериалов и вносят данные в qMS.
- Рентгенлаборант проводит МСКТ ГК. Врач-рентгенолог описывает результаты исследования и вносит данные в qMS.
- 14. Получив данные МСКТ ГК и результаты исследования биоматериалов, врач ОАР принимает решение о постановке клинического диагноза пневмония (при наличии пневмонии при проведении ИВЛ менее 48 часов внебольничная пневмония; при ИВЛ 48 часов 5 суток ранняя ВАП; при ИВЛ более 5 суток поздняя ВАП).
- В течение суток врач ОАР отправляет специальное сообщение о выявлении пневмонии в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Красноярского края».

При сомнительных результатах МСКТ или отсутствии данных о пневмонии врач ОАР проводит оценку по шкале CPIS и при 6 и более баллах назначает антибактериальную терапию и проведение дополнительных исследований согласно п. 9 и приглашает для консультации врача-пульмонолога.

- 15. Врач-пульмонолог консультирует врача ОАР по принятию решения о наличии пневмонии.
- 16. Медицинская сестра ОАР проводит забор биоматериалов и относит их в КДЛ и БЛ.
- 17. Специалисты КДЛ и БЛ проводят исследования биоматериалов и вносят данные в aMS.
- 18. Врач ОАР оценивает эффективность АБТ через 24-48-72 часа и принимает решение об изменении АБТ в случае:
 - АБТ неэффективна;
- наличия полирезистентной флоры по результатам бактериологического исследования.

В случае отсутствия эффективности от проводимой АБТ и/или наличия полирезистентной флоры, требующей назначения комбинированной АБТ, врач ОАР приглашает на консультацию клинического фармаколога.

Показатели процесса

Nº	Показатели	Ед. изм.	Перио- дичность	Нормативное значение
1	Своевременность проведения диагностики пневмонии у пациента при проведении респираторной терапии	-	Каждый пациент	-
2	Своевременность назначения антибактериального препарата и обоснованность его назначения	-	Каждый пациент	-
3	Своевременность и полнота дообследования пациента	-	Каждый пациент	-
4	Исход пневмонии	-	Каждый пациент	-
5	Время от поступления пациента до принятия решения о диагнозе	Мин.	Каждый пациент	≤ 60 мин.
6	Бактериологический посев крови при затяжной пневмонии (при наличии мокроты)	часы	Каждый пациент	≤ 24 часа
7	Введение первой дозы антибактериальных препаратов	часы	Каждый пациент	≤ 4 часов
8	Длительность лечения пациента с пневмонией	дни	Каждый пациент	-
9	Рентгенография в двух проекциях при поступлении	Мин.	Каждый пациент	≤ 60 мин.
10	Время нормализация температуры, сатурации	дни	Каждый пациент	-

- 19. В случае эффективной АБТ врач ОАР проводит:
- ежесуточный мониторинг проявлений ССВР (температура, лейкоцитоз, левый сдвиг); газообмена (iO2 и/или SatO2);
 - оценку динамики СРБ, динамики по шкале CPIS;
- не реже одного раза в трое суток оценку степени выраженности СПОН с контролем соответствующих биохимических показателей;
- не реже одного раза в семь суток назначает повторные бактериологические исследования секрета ТБД.

Сроки АБТ определяются сроками развития пневмонии (внебольничная, ранняя/поздняя ВАП), характером возбудителя пневмонии и динамикой клинической картиной. Для внебольничной и ранней ВАП длительность терапии до восьми суток, для поздней ВАП — 16-21 сутки.

У пациента в ходе терапии ВАП возможна смена возбудителя или присоединение полирезистентной флоры.

20. Клинический фармаколог принимает решение об изменении АБТ и подбирает АБТ по состоянию пациента.

Клиническая шкала оценки инфекции легких CPIS

Показатель	Число баллов
Температура	'
> 36,5°C или < 38,4°C	0
> 38,5°C или < 38,9°C	1
> 39°C или < 36°C	2
Число лейкоцитов в крови (в мм3)	
> 4 000 или < 11 000	0
< 4 000 или > 11 000	1+1
Трахеальный секрет	
Отсутствие трахеального секрета	0
Наличие негнойного трахеального секрета	1
Наличие гнойного трахеального секрета	2
Оксигенация (РаО2/ FiO2, мм рт. ст.)	
> 240 или наличие острого РДС	0
< 240 и отсутствии острого РДС	2
Рентгенография органов грудной клетки	
Отсутствие инфильтратов	0
Диффузионный инфильтрат	1
Отграниченный инфильтрат	2
Прогрессирование инфильтратов в легких	
Отсутствие рентгенографического прогрессирования	0
Рентгенографическое прогрессирование	2
Культуральное исследование трахеального аспирата	
Малое количество патогенных бактерий или отсутствие роста	0
Умеренное или значительное количество патогенных (преобладающих) бактерий	1+1
Сумма:	

Шкала оценки органной недостаточности SOFA										
Оцениваемые показатели		Баллы								
оцениваем	ые показатели	0	1	3	4					
	PaO ₂ /FiO ₂ мм.рт.ст.	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200	≤ 100				
Оксигенация	Sp0 ₂ %	95%-100%	91%-94%	90% и ниже	с респираторной поддержкой	с респираторной поддержкой				
Коагуляция	Уровень тромбоцитов, 10 ⁹ /л	> 150	≤ 150	≤ 100 ≤ 50		≤ 20				
Печень	Билирубин, мкмоль/л	< 20	20 – 32	33 – 101	102 – 204	>204				
Сердечно сосудистая система	Гипотензия или степень инотропной поддержки мкг/кг в минуту	Нет гипотензии	АД среднее < 70 мм.рт.ст. или Ад сист. < 90 мм.рт. ст.	Допамин ≤ 5 или добутамин в любой дозе	Допамин 5 — 15 или Адреналин ≤ 0,1 или Норадреналин ≤ 0,1					
Центральная нервная система	Показатель по шкале комы Глазго, баллы	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6				
Почки	Креатинин, мкмоль/л или диурез	<100	110 – 170	171 – 299	300 — 440 или < 500 мл.мочи/сут	> 440 или < 200 мл.мочи/сут				

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ВПЕРВЫЕ В КРАЕ ТРАНСНАЗАЛЬНО УДАЛЕНА ОПУХОЛЬ СКАТА ЗАТЫЛОЧНОЙ КОСТИ

63-летний пациент поступил в нейрохирургическое отделение краевой клинической больницы 3 ноября 2017 года по направлению из ЦРБ с жалобами на головную боль и двоение в глазах.

Из анамнеза: в сентябре 2017 года на фоне полного здоровья стал отмечать головную боль, после чего присоединились жалобы на двоение в глазах. Позже обратил внимание, что «запал правый глаз».

Обратился к терапевту, был направлен к неврологу, выполнено МРТ головного мозга, консультирован нейрохирургом, диагностирована опухоль ската затылочной кости, госпитализирован в отделение нейрохирургии ККБ. В неврологическом статусе при поступлении парез отводящего нерва справа, грубый.

На МРТ картина объемного образования ската затылочной кости, медиальных отделов основной кости, вершину пирамиды височной кости. Опухоль интимно прилежит к левой внутренней сонной артерии, обрастает правую внутреннюю сонную артерию.

Пациент осмотрен консилиумом в составе заведующего кафедрой нейрохирургии, д.м.н. П. Г. Шнякина, заведующего НХО Ю. Я. Пестрякова, профессора-нейрохирурга М. Г. Дралюка, нейрохирургов к.м.н. П. Г. Руденко, к.м.н. И. Е. Милехиной.

По заключению консилиума, с учетом клинических и МРТ данных, диагноз пациента дифференцируется между хордомой и злокачественной опухолью ската и основной кости. Анамнестических и клинических данных за онкопроцесс нет.

Выработана тактика лечения: эндоскопическое, эндоназальное транскливальное удаление опухоли с последующим направлением пациента в краевой онкодиспансер для проведения адъювантных методов лечения.

8 ноября сложнейшая операция под нейронавигационным контролем была успешно проведена кандидатом медицинских наук Павлом Геннадьевичем Руденко.

Ход операции

Осуществлен эндоназальный доступ к основной пазухе через оба носовых хола.

Слизистая основной пазухи удалена. Латеральные отделы основной пазухи справа заполнены опухолью сиреневого цвета. Опухоль неоднородной консистенции, содержит множественные кальцинаты, окруженные опухолевой тканью желтого и сиреневого цвета с интенсивной васкуляризацией. Опухоль интимно спаяна с твердой мозговой оболочкой.

Дно турецкого седла резецировано. Резецирован скат в средней и верхней третях. Фрагменты опухоли взяты на гистологическое исследование

С использованием микрохирургического инструментария под эндоскопическим и навигационным контролем опухоль удалена.

Обнажен паракливальный сегмент правой внутренней сонной артерии. Оставлены небольшие кальцинаты, интимно спаянные с внутренней сонной артерией.

Твердая мозговая оболочка визуально не пророщена опухолью.

Реконструировано дно турецкого седла с помощью пластин Тахокомба, назосептального лоскута.

— Сложность операции заключалась в опасной локализации опухоли между тремя важнейшими артериями и необходимостью резекции об-

ширных участков основания черепа, с их последующей реконструкцией, — комментирует нейрохирург Павел Руденко. — Хирургические вмешательства такого уровня до сих пор производились только в московском Институте нейрохирургии, Санкт-Петербургской военно-медицинской академии, федеральных центрах нейрохирургии Новосибирска и Тюмени и в Республиканской больнице Казани.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В состоянии пациента отмечалась положительная динамика. По данным МСКТ — опухоль удалена радикально.

По данным гистологического заключения, морфологическая картина наиболее характерна для метастаза аденокарциномы.

22 ноября пациент выписан под наблюдение невролога по месту жительства с диагнозом мts аденокарциномы, без выявленного первичного очага, в области ската и основной кости. Парез отводящего нерва. Цефалгический синдром.

Особенность приведенной клинической ситуации в труднодоступной локализации опухоли, поражающей скат основной кости, вершину пирамиды височной кости и медиальные отделы крыльев основной кости, т. е. центр основания черепа. Опухоль не поражала гипофиз, поэтому отсутствовали эндокринные нарушения, типичные для опухолей гипофиза.

Трудности диагностики метастатических опухолей этой локализации связаны с отсутствием характерных для них клинических симптомов и схожестью томографической картины с другими опухолевыми поражениями (хордомой, хондромой, фиброзной дисплазией).

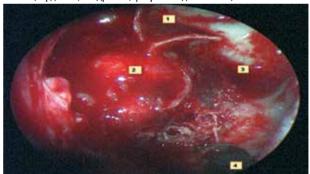


Рис. 2. 1— дно турецкого седла, 2— опухоль в области ската и паракливального сегмента правой внутренней сонной артерии, 3— борозда паракливального сегмента левой внутренней сонной артерии, 4— наконечник вакуумного аспиратора.

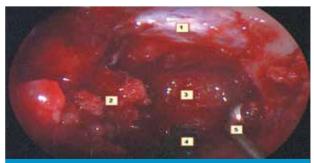


Рис. 4. 1 — твердая мозговая оболочка дна турецкого седла, 2 — остатки опухоли, 3 — твердая мозговая оболочка ската, 4 — наконечник вакуумного аспиратора, 5 — кюретка.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АНАЛИЗ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА В РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Л.В.Клитенкович, О.А.Мудрова, Е.В.Зорина, Л.А.Мудрова, М.Б.Северина, КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» КрасГМУ им. проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого ЗКГОУ ДПО «Красноярский краевой центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием»

Сестринский персонал рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной медицинской помощи. Совместная работа врачей и среднего медперсонала способствует взаимодействию основных, вспомогательных и обслуживающих подразделений лечебно-профилактических организаций, что делает необходимыми и научно обоснованными действия сестринского персонала.

В России проводится масштабная модернизация здравоохранения. Цель модернизации — улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению путем решения определенных задач, из которых выделены три основные задачи:

- укрепление материально-технической базы;
- внедрение современных информационных систем, в частности, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде и др.;
 - поэтапное внедрение стандартов медицинской помощи.

Материально-техническая база играет огромную роль в лечебнодиагностическом процессе как фактор, повышающий качество оказываемых медицинских услуг. Известно, что в диагностике заболеваний человека очень часто применяется рентгенологический метод. Сегодня практически все лечебные учреждения оснащены рентгеновскими кабинетами или отделениями, в которых осуществляется рентгенодиагностика заболеваний. Значительный вклад в эту работу вносят средние медицинские работники, это рентгенолаборанты. Поэтому изучение особенностей их деятельности будет способствовать совершенствованию методов рентгенодиагностики.

Цель исследования

Провести анализ деятельности рентгенолаборантов в центре охраны материнства и детства и определить пути совершенствования их деятельности.

КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (КГБУЗ КККЦОМД) — это крупнейшее учреждение здравоохранения в системе охраны материнства и детства края, оказывающее специализированную, высококвалифицированную и высокотехнологичную помощь детям с различной соматической и хирургической патологией, а также беременным, роженицам, родильницам, девочкам и женщинам с гинекологическими заболеваниями.

Ежегодно в учреждении оказывается стационарная помощь более 12 тысячам пациентов. Центр является базой четырех кафедр КрасГМУ, медицинского и фармацевтического колледжей Красноярска.

Структурные подразделения КГБУЗ КККЦОМД включают в себя амбулаторную службу, детский стационар, параклинические отделения и

перинатальный центр. Амбулаторная служба краевой детской больницы представлена консультативной поликлиникой на 250 посещений в смену, которая оказывает высококвалифицированную помощь по 18 профилям заболеваний.

Здесь же имеются краевой детский сурдологический центр, краевой эпилептологический центр и другие подразделения. Детский стационар представлен семью отделениями, а параклиника включает 14 подразделений. В эту группу входит и рентгенодиагностическое отделение.



В рентгенодиагностическом отделении проходят обследование пациенты из районов края и Красноярска, обращающиеся амбулаторно и находящиеся на стационарном лечении, в реанимационных отделениях, пациенты, поступающие по экстренным показаниям в приемное отделение.

В 2011 году увеличился объем рентгенологических обследований за счет открытия перинатального центра. Рентгенологические кабинеты оснащены новыми мультиформатными лазерными камерами для печати, автоматическими проявочными машинами.

Оборудование и оснащение кабинетов соответствует профилю отделения и санитарным нормам. Отделение имеет соответствующую лицензию на право проведения работ, связанных с источниками ионизирующего излучения.

В перинатальном центре рентгеноперационная оснащена ангиографической установкой для выполнения рентгенэндоваскулярной эмболизации маточных артерий при диагнозе миома матки. Техническое оснащение РО представлено в таблице 1.





Наименование оборудования	Марка	Год выпуска	Количество
Передвижной цифровой рентгенаппарат	АРП3,3- «ТМО»	2012	2
CR система к передвижным цифровым рентгенаппаратам	APΠ3,3-«TMO Carestream Direct View	2012	2
Камера лазерная мульти- форматная для печати с принадлежностями	CARESTREAM DRYVIEW 5700 Laser Imaging System	2011	3
Всего аппаратов			19



Таблица 1 Техническое оснащение рентгенологического отделения

Наименование оборудования	Марка	Год выпуска	Количество
Компьютерный томограф мультисрезовый рентгеновский компьютерный томограф	PHILIPS Brillians CT16 Slice	2006	1
Мобильный рентгенаппарат передвижная палатная рентгеновская система	PHILIPS Mobile X-Rey Practix 33 Plus	2006	1
Рентгеновский аппарат общего назначения цифровая система для рентгенографии и рентгеноскопии свободно перемещающимся кронштейном	PHILIPS Duo Diagnost Digital	2006	1
Интраоперационный мобильный рентгенаппарат с ангиографической приставкой	PHILIPS BV Pulsera 9	2006	1
Аппарат рентгеновский передвижной с принадлежностями	TMXR+	2011	2
Томограф магнитно-резонанс- ный с принадлежностями	MAGNETOM ESSENZA	2011	1
Камера лазерная мультифор- матная для печати медицин- ских изображений	Kodak Dry View 8150 Laser Imager K	2006	1
Лазерная камера	Fujifilm Dry Pix 2000	2011	1
Лазерная камера К5270-4218	KODAK DRYVIEW 5800 CARESTREAM DRYVIEW 5800	2011	1
Аппарат цифровой радио- графии на основе восстанав- ливаемых люминофоров с принадлежностями	FCR Capsula XL 2 (CR IR 359)	2011	1

Таблица 2 Количество штатных должностей

Должности	2011 г.	2017 г.
Заведующий рентгенологическим отделением	1	1
Врачи-рентгенологи	11	17
Итог	12	18
старшая медсестра	1	1
рентгенолаборант	11	11
рентгенолаборант (круглосуточный пост)	-	4,5
медсестра процедурного кабинета	1	1
Итог	13	17,5
Всего медперсонала	25	35,5
санитарки	1	1
санитарки (круглосуточный пост)	-	2
кастелянша	1	1
Всего	27	39,5

Динамика изменения фактической численности медицинского персонала рентгенологического отделения с 2011 по 2017 год увеличилась с 25 до 35,5 человека. Фактически работает 11 рентгенолаборантов. Старшая медсестра и медсестра процедурного кабинета не относятся к рентгенолаборантам. Возраст рентгенолаборантов от 25 до 40 лет. Категории: высшая — 2, первая — 2, вторая — 6, первичная — 1. Обеспеченность сертификатами — 100% (рис. 1).

Для успешной работы в кабинете имеются руководства по основным методам исследований, стандарты специальных укладок. Регулярно, согласно плану рентгенцентра, проводится дозиметрический контроль. Сотрудники используют во время работы индивидуальные дозиметры, показания которых проверяются в лаборатории СЭС. Превышения индивидуальных доз не отмечается.

При изучении деятельности рентгенолаборанта были определены следующие параметры, которые отражены в таблице 3.

Таблица 3 Виды деятельности и объем работы рентгенолаборанта

Виды деятель-		
	ти рентгенола- боранта	Объем работы
1	Изучение и осуществление рентгенологических методик и укладок	Деятельность рентгенолаборанта основывается на теоретической и практической подготовке. При выборе методик рентгенологического исследования и укладок для каждого больного с учетом назначения лечащего врача и медицинских документов решающее слово остается за врачом-рентгенологом.
2	Рентгено- лаборант — технический специалист	Рентгенолаборант несет ответственность за техническое состояние всех аппаратов и приспособлений в кабинете, правильную их эксплуатацию, умелое управление электрическим током и рентгеновскими лучами во время исследования, а также за соблюдением правил техники безопасности.
3	Рентгенолабо- рант-фотола- борант	Рентгенолаборант выполняет обязанности фотолаборанта, заключающиеся в фотографической обработке рентгенографической пленки. Четкие знания основ фотопроцесса способствуют устранению многих дефектов на рентгенограммах. Ни одному необученному человеку рентгенолаборант не может позволить выполнять какие-либо манипуляции с рентгенографической пленкой в фотолаборатории.
4	Оказание неотложной помощи пациентам	Деятельность рентгенолаборанта заключается также в оказании первой доврачебной помощи пациенту в экстренной ситуации.
5	Организация радиационной защиты	Для улучшения радиационной защиты персонала рентгеновского кабинета и пациентов в процедурной используются индивидуальные средства защиты: фартуки, юбочки, перчатки из просвинцованной резины.
6	Организация рабочего места и регулиро- вание потока больных	Рентгенолаборанту приходится трудиться в разных кабинетах рентгенологического отделения. Эффективность его труда во многом зависит от правильной организации его рабочего места, что требует немалых усилий.
7	Организация генеральной уборки	Рентгенолаборант обладает знаниями, умениями и навыками по проведению санитарно-эпидемиологических мероприятий согласно действующим приказам
8	Организация учебного процесса	Деятельность в организации учебного процесса среди среднего и младшего медицинского персонала, пациентов, родственников.

Таким образом, в работе рентгенолаборанта выделено восемь основных видов деятельности, по которым рентгенолаборанты должны быть профессионально подготовленными.

Далее был проведен хронометраж деятельности рентгенолаборанта, который показал соотношение затрачиваемого времени на различные виды деятельности рентгенолаборанта для выявления наиболее затратного по времени вида деятельности. Анализ деятельности рентгенолаборанта представлен на рисунке 2.

На представленном рисунке видно, что наибольший объем деятельности у рентгенолаборанта затрачивается на изучение и осущест-

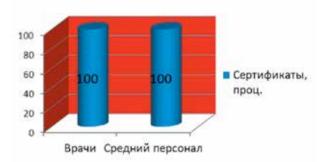


Рис 1. Обеспеченность сертификатами врачей и среднего медперсонала

вление рентгенологических методик и укладок. Наименьшее время затрачивается на три параметра деятельности (причем в равных пропорциях по 5%): на организацию генеральной уборки, организацию радиационной защиты, организацию учебного процесса.

Из рисунка 3 видно, что количество исследований довольно большое, наибольшее количество исследований проведено на конечностях — 4631, а наименьшее на поясничных позвонках.

Для совершенствования деятельности рентгенолаборантов были определены следующие рекомендации:

— Старшей медсестре необходимо мотивировать рентгенолаборантов для получения высшей квалификационной категории, т.к. на данный момент ее имеют только двое.

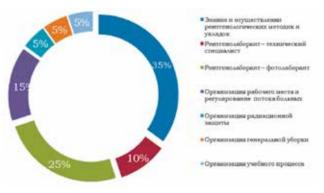


Рис 2. Анализ деятельности рентгенолаборанта в КККЦОМД

- При приеме на работу новых сотрудников в РО старшей медсестре необходимо определять наличие или отсутствие у кандидатов необходимых для эффективной работы качеств, в связи с особенностями работы рентгенолаборанта.
- Более широкое использование цифрового рентгенологического комплекса создает условия для получения более качественных рентенограмм с наименьшей лучевой нагрузкой на пациентов.

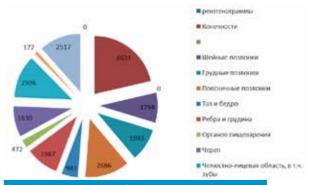


Рис 3. Количество рентгенографических исследований за 2016 год

Выводы

За последние псть лет лучевая диагностика значительно обогатилась большим числом новых методов получения изображения внутренних органов. В медицинской практике широкое распространение получили высокотехнологические методы, но рентгенологический метод остается необходимым и в настоящее время.

Проведенный анализ деятельности рентгенолаборанта показал, что в рентгенологическом отделении коллектив осуществляет большой объем мероприятий, направленных на совершенствование осуществляемой им деятельности. Выделено восемь основополагающих параметров в деятельности рентгенолаборанта, из которых наиболее объемным является изучение и осуществление рентгенологических методик и укладок, соблюдение инструкций по охране труда. Должность старшей медсестры рентгенологического отделения способствует ритмичной организации сложной деятельности рентгенолаборантов, устранению неко торых негативных моментов труда и совершенствованию их деятельности.

Литература

- 1. Блинов Н.Н. Рентгенолаборант XXI века // Радиология-практика. 2006. № 3. С. 42-45.
- 2. Валегжанина О.А. Анализ трудовой деятельности рентгенолаборанта МУЗ «Городская больница № 1» г. Воткинска. 2003. 12 с.
- 3. Зорина Т.А., Бучко О.А., Моисеева Т.Ф. Сборник материалов для рентгенолаборантов. Методические рекомендации. Омск, 2012.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

О.Я.Шарова, Ж.Е.Турчина, Т.С.Тараба КрасГМУ им. проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого Университетская клиника

Аннотация: В статье представлен комплексной подход к медицинской реабилитации больных после эндопротезирования суставов нижних конечностей на базе Университетской клиники КрасГМУ. Проведен анализ назначения физических факторов (аппаратной физиотерапии), отмечены достоинства магнитотерапии.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, физиотерапия, эндопротезирование, магнитотерапия.

В последние годы во всех странах стремительно растет число оперативных вмешательств по замене тазобедренного и коленного суставов искусственным эндопротезом [4]. Одной из причин данной проблемы является перелом шейки бедра, характерный для лиц пожилого возраста.

До 60 лет такие переломы составляют 3-4%, а после 60 лет 60-62% от количества всех переломов длинных костей. До 50 лет количество переломов, как среди мужчин, так и среди женщин, одинаково, после 50-60 лет у женщин они встречаются в 2-3 раза чаще.

Увеличение количества переломов у людей старших возрастных групп обусловлено значительными изменениями в организме и костной ткани. Вследствие влияния на организм человека экзо- и эндогенных факторов нарушается ремодуляция костной ткани, что приводит к снижению костной массы и изменению микроархитектоники костной ткани — остеопорозу.

Эти изменения являются основной причиной истончения кости и увеличения риска возникновения переломов. Реабилитация имеет большое значение в дальнейшей жизни этих людей. С помощью

реабилитационных мероприятий мы можем добиться исключения множества послеоперационных осложнений (пневмонии, мышечной атрофии и контрактур), а также восстановить трудоспособность пациента и вернуть его к трудоспособному образу жизни.

Поиск оптимальной комплексной программы реабилитации для людей с травмами опорно-двигательного аппарата (ОДА) определяет актуальность и необходимость данной проблемы [5].

Основной целью медицинской реабилитации является, прежде всего, восстановление функции оперированного сустава (на уровне повреждения, по Международной классификации функционирования, 2001); укрепление мышц обеих конечностей; восстановление возможности передвижения и самообслуживания, восстановление правильного стереотипа ходьбы (на уровне активности, по МКФ); восстановление социальной и профессиональной активности, улучшение качества жизни (на уровне участия, по МКФ) [3].

Главной задачей позднего послеоперационного периода (с 3-4 недели после операции) является максимальное восстановление нарушенных травмой и операцией жизненных функций организма. В этом периоде основное внимание следует уделять обучению больного правильной ходьбе и восстановлению навыков самообслуживания [2].

Основу комплексной реабилитации составляют занятия ЛФК. Кроме занятий лечебной физкультурой, одновременно следует включать методы физиотерапии, массаж.

Однако стоит учитывать, что операцию по протезированию тазобедренного сустава чаще всего проводят людям старшего возраста, заболевание у которых развивалось годами и сопровождалось болевым синдромом, который заставлял их щадить поврежденную конечность, тем самым перенося больше веса на здоровую. Если этот процесс продолжался долгие годы, то в качестве вторичных осложнений у них будут наблюдаться изменение трофики мышц и тканей тазобедренного сустава, развитие контрактур, появление сколиоза в качестве компенсаторной реакции и образование патологического двигательного стереотипа.

В 2010 году в КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого на базе Университетской клиники был открыт центр ортопедии, травматологии и реабилитации.

Центр был определен как научно-образовательно-реабилитационный центр, объединяющий и направляющий усилия врачей-ортопедов, неврологов, физиотерапевтов, реабилитологов, в частности, на реабилитацию опорно-двигательного аппарата.

В 2013 году разработана и внедрена программа по реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов в позднем послеоперационном периоде.

В центр ортопедии, травматологии и реабилитации Университетской клиники пациенты обращались в различные сроки после операции: от полутора месяцев после операции до одного года. Позднее обращение можно объяснить невозможностью самостоятельно посещать клинику после оперативного вмешательства. Комплексная медицинская реабилитация пациентов с патологией тазобедренных и коленных суставов составляет 12 дней.

в 2014-2016 гг. (за 2016 г. в анализе представлены данные с января по сентябрь) среди пройденных реабилитацию пациентов (312 человек) после эндопротезирования 72% составили женщины, средний возраст которых — 68 лет, 28% — мужчины, средний возраст которых — 63 года.

Основными проблемами пациентов являются: мышечная гипотрофия прооперированной конечности, дегенеративно-дистрофические изменения (отек, нарушение кровообращения, деформация), болевой синдром, ограничение функции сустава, утрата двигательных функций конечности в целом как органа опоры и движения [3].

Комплексная медицинская реабилитация после эндопротезирования на базе Университетской клиники включает: определение программы реабилитации ортопедом-травматологом, занятия ЛФК с инструктором с индивидуальным подбором занятий, физиотерапию, массаж (вибромассаж, ручной массаж нижних конечностей), медикаментозную коррекцию по необходимости.

Физическая реабилитация, методы аппаратной физиотерапии на современном этапе занимают значительное место в системе оздоровления населения различного возраста, в том числе в ходе реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов в позднем послеоперационном периоде.

Физиотерапия после эндопротезирования суставов — важный компонент реабилитации, обеспечивающий улучшение микроциркуляции крови, стимулирование обменных процессов, снижение болевого синдрома, повышение мышечного тонуса и снятие спазмов [6].

Физиотерапия является одним из самых популярных и безопасных методов лечения. Преимуществом физиотерапевтических процедур является отсутствие побочных реакций организма, которые могут возникать при лекарственном лечении. Физиотерапия не вызывает аллергии и не оказывает токсического влияния на различные органы и ткани. С ее помощью достигается наилучший эффект в лечении какого-либо заболевания при наименьшей нагрузке на организм [7].

При анализе назначаемых аппаратных факторов физиотерапии в центре Университетской клиники за указанный выше период (2014-

2016) можно отметить следующие методы: УФО области шва — 10%, СМТ-терапия — 34%, электрофорез лекарственных препаратов — 15%, электростимуляция мышц бедра — 57%, магнитное поле низкой частоты — 75%, низкоинтенсивное лазерное излучение инфракрасного диапазона — 46%.

Наиболее частым физиотерапевтическим назначением в реабилитации является магнитотерапия, как монопроцедура, так и в сочетании с другими факторами. Учитывая пожилой возраст пациентов и сопутствующие заболевания, магнитотерапия является для них достаточно безвредной процедурой. Также преимуществом влияния магнитов является то, что их воздействие может проникать через одежду, компрессионное белье, кожу, обработанную различными кремами и гелями.

Эффективность реабилитации пациентов, перенесших эндопротезирование сустава, оценивается по данным анализа клинических, инструментальных методов исследования (угол подвижности суставов), уменьшению или отсутствию болевого синдрома, восстановлению подвижности и активности в повседневной жизни и изменению качества жизни

Повторение курса реабилитации рекомендуется через 6 месяцев. Полное выздоровление занимает в среднем от четверти до двух лет в зависимости от объема протезирования, возраста и состояния здоровья пациента, а также степени выраженности двигательных нарушений, имевших место до операции, и функциональных возможностей другого тазобедренного сустава, позвоночника и коленных суставов.

Изучив отдаленные результаты, было установлено, что только 12 человек (4%) не отметили положительного эффекта от проведенной комплексной реабилитации, 197 пациента (63%) вернулись через 6-12 месяцев на реабилитацию, отмечая уменьшение болевого синдрома, восстановление движения в суставе и расширение двигательной активности.

Таким образом, комплексная реабилитация позволяет активизировать пациента после операции по замене сустава и вернуть его в привычную для него обстановку, к исходному уровню бытовой независимости, двигательной, социальной и профессиональной активности.

Литература

- 1. Абельцев В.П., Михайлова Т.С., Ковалев А.И. Реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренных суставов средствами ЛФК на стационарном этапе // Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных с патологией опорно-двигательной и неовной систем: Tes. 4-й наvy.-практ. конф. М.: МШМР. 1999. С. 84-86.
- Буйлова Т.В., Цыкунов М.Б. Реабилитация при эндопротезировании коленного сустава // Федеральные клинические рекомендации. Москва, 2015 г.
- Карпухин А.О. Оценка эффективности госпитального периода физической реабилитации пожилых больных при эндопротезировании тазобедренного сустава: дис. канд. мед. наук. Москва 2015. 165 с.
- 4. Тараба Т.С. Физиопроцедуры в реабилитации больных после эндопротезирования крупных суставов в позднем послеоперационном периоде // Сборник научных трудов по материалам VI международной научно-практической конференции «Перспективы развития науки и образования», Москва, 2016. С. 46-48.
- Физическая реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://bmsi.ru/doc/aac1a80f-0bca-4e41-84cd-3c7723bd0570 (дата обращения: 16.03.2017).
- 6. Физиотерапия после эндопротезирования [Электронный ресурс]. Режим доступа http://alivejoint.ru/fizioterapija-posle-ehndoprotezirovanija/ (дата обращения: 16.03.2017).
- 7. Физиопроцедуры современные методы лечения в Красноярске [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.renovacio-med.ru/catalog/poliklinika/vosstanovitelnaya_medicina/fizioprocedyri.html/?yclid=1249239477709706146 (дата обращения: 16.03.2017).

ГИНЕКОЛОГИЯ

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

А. Т. Егорова, Е. В. Дударовская, Т. К. Глебова, И. Н. Боженова КГБУЗ «Краевая клиническая больница» КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Резюме

Послеродовые гнойно-септические заболевания являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности. Частота эндометрита после кесарева сечения составляет от 25 до 34,4%.

Целью исследования является изучение характера послеродовых ГСЗ у женщин, родоразрешенных путем КС, выявление факторов, определяющих проведение разных объемов оперативного лечения, — тотальной гистерэктомии и метропластики. Изучение качества рубца на матке при органосохраняющей операции.

Ключевые слова: кесарево сечение, послеродовые гнойно-воспалительные заболевания, методы лечения, органоуносящие операции, метропластика, исходы терапии

Введение

В современном акушерстве кесарево сечение (КС) является самой распространенной родоразрешающей операцией. При этом всегда имеется риск развития инфекционновоспалительных заболеваний в послеоперационном периоде [1].

Послеродовые гнойно-септические заболевания (ГСЗ) представляют важную медикосоциальную проблему и являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности. Наиболее распространенным проявлением послеродовой инфекции является эндометрит, частота которого в общей популяции составляет 3-8%, после патологических родов достигает 18-20%, а после кесарева сечения — от 25 до 34,4% [2]. При этом наиболее высокая частота осложнений отмечается после экстренного КС.

Наличие экстрагенитальных заболеваний, хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (B3OMT), акушерских осложнений во время беременности и родов увеличивает риск развития гнойновоспалительных заболеваний в послеродовом периоде, что обусловлено активизацией патологических процессов в организме родильницы на фоне операционной травмы и значительной кровопотери.

В случае несостоятельности швов на матке часто акушер-гинеколог был вынужден выполнять органоуносящие операции. Однако в последние годы стали выполняться операции, позволяющие не только сохранить репродуктивную функцию, но и улучшить качество жизни пациенток [3].

Цель исследования

Изучение характера послеродовых ГВЗ у женщин, родоразрешенных путем КС, а также факторов, определяющих проведение разных объемов оперативного лечения (тотальной гистерэктомии и метропластики). Кроме того, проводилась оценка состояния рубца на матке в отдаленном периоде при органосохраняющей операции.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 29 случаев ГСЗ у родильниц, находившихся на

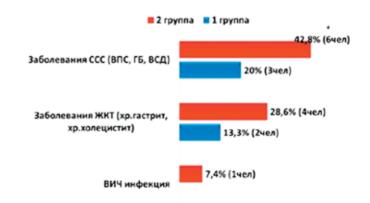
лечении в краевой клинической больнице в период 2015-2016 годов. Первую группу (2015) составили 15 человек. Группа была разделена на две подгруппы: 1A — 11 родильниц, которым произведена метропластика, 1Б — 4 родильницы, которым проведена тотальная гистерэктомия с маточными трубами.

Вторая группа (2016) включала 14 женщин. Группа также была разделена на две подгруппы: 2A — 7 родильниц, которым проведена метропластика, 2Б — 7 пациенток, которым проведена гистерэктомия.

Согласно составленной анкете, мы изучали общий и репродуктивный анамнез, показания к КС, время перевода в ККБ, данные объективного, лабораторного и инструментального исследований пациенток, показания к оперативному лечению ГСЗ, УЗИ-контроль за состоянием рубца на матке перед выпиской пациентки из стационара и через 3, 6, 9 месяцев после проведенной метропластики.

Лабораторное обследование включало традиционные общеклинические методы: общий анализ крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, биохимический анализ крови (билирубин, холестерин,

Анализ имеющейся экстрагенитальной патологии



Показания к оперативному родоразрешению



щелочная фосфатаза, мочевина, общий белок и фракции, сахар, электролиты), оценка системы гемостаза.

Математическая и статистическая обработка данных выполнена с использованием критериев непараметрической статистики с достоверностью различия значений при <0,05.

Результаты и обсуждение

Достоверных различий по возрасту в изучаемых группах не было. Средний возраст родильниц составил 26,3 года. Данные оценки социального статуса выявили следующее: домохозяйки в первой группе составили 7 человек (46,6%), во второй группе — 10 (71,4%). Незамужними в первой группе были 4 пациентки (26,6%), замужними — 11 (73,4%). Во второй группе число незамужних и замужних составило соответственно 4 (28,6%) и 10 человек (71,4%).

Анализ места проживания женщин показал, что доля сельских жительниц в первой группе составила 40% (6 чел.), во второй — 57,2% (8 чел.); жительницами Красноярска в первой группе были 60% (9 чел.), во второй — 42,8% (6 чел.).

Многие родильницы в обеих группах имели экстрагенитальную и гинекологическую патологию. Установлено, что наиболее часто встречались заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит): в первой группе — 13,3% (2 чел.), во второй — 42,8% (6 чел.); заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, гипотония, врожденный порок сердца (ДМПП): в первой группе 20% (3 чел.), во второй — 42,8% (6 чел.).

Во второй группе был выявлен случай ВИЧ-инфицирования пациентки (7,4%) и сифилис — в 14,2% (2 чел.).

Гинекологический анамнез был отягощен в большей степени также во второй группе.

Наиболее часто встречалась патология шейки матки: в первой группе в 26,6% (4 чел.) случаев, во второй — 42,8% (6 чел.); В30-

MT в первой группе у 13,3% (2 чел.), во второй группе — у 28,6% (4 чел.).

Таким образом, в первой группе 33,3% родильниц имели экстрагенитальные заболевания и 39,9% — гинекологические, в то время как во второй группе экстрагенитальные заболевания наблюдались у 93% женщин, а в 71,4% — гинекологические заболевания. Несомненно, что данный факт оказывает влияние на возникновение послеродовых ГСЗ и их тяжесть.

Результаты оценки репродуктивной функции показали, что первородящими чаще были женщины второй группы, что составило 42,8% (6 чел.), в первой группе — 13,3% (2 чел.). Повторнородящие женщины составили большую часть в первой группе — 86,7% (13 чел.), во второй группе — 57,2% (8 чел.).

При анализе показаний к оперативному родоразрешению было выявлено, что со стороны матери КС в первой группе проведено в 73,4% (11 чел.): рубец на матке в 26,6% (4 чел.), клинически узкий таз — в 13,4% случаев (2 чел.), слабость родовой деятельности в 13,4% (2 чел.), тяжелая преэклампсия в 13,4% (2 чел.), у одной пациентки — двойня после ЭКО 6,6%.

Во второй группе КС по показаниям со стороны матери произведено в 71,5% (10 чел.): 4 чел. (28,5%) с рубцом на матке, 2 пациентки (14,3%) с ВПС, 3 пациентки (21,4%) со слабостью родовой деятельности, и у одной пациентки клинически узкий таз (7,2%). По показаниям со стороны плода (острая гипоксия) в первой группе родоразрешены 4 беременные (26,6%), во второй группе — 4 (28,5%).

В плановом порядке в первой группе родоразрешены четыре женщины (85,8%). В ходе операции КС встречались особенности, которые оказывали непосредственное влияние на течение послеоперационного периода: трудности при извлечении головки плода, что привело к дополнительной травме матки; гипотоническое кровотечение с массивной кровопотерей; проведение миомэктомии, спаечный процесс в малом тазу, ожирение.

На исход каждого клинического случая оказывает влияние время перевода пациентки в гинекологическое отделение ККБ или ГСЦ для дальнейшего лечения. При анализе полученных нами данных было отмечено, что перевод пациенток во второй группе осуществлялся позже, чем в первой. Так, если в первой группе переводили в ККБ 80% родильниц (12 чел.) на 6-8 сутки послеоперационного периода, то во второй — 71,4% (10 чел.); при этом 20% (3 чел.) в первой группе и

Гинекологический анамнез





28,6% (4 чел.) во второй группе были переведены на 9-12 сутки.

Нужно отметить, что все родильницы поступали в ККБ в тяжелом и крайне тяжелом состоянии и нуждались в интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения гнойно-септического центра. Более тяжелым состоянием отличались пациентки второй группы, что подтверждают не только клинические данные, но и результаты исследований, проведенных при поступлении.

Анемия у этих родильниц встречалась в 92,8%, в то время как в первой группе она встречалась в 2 раза реже (46,6%); СОЭ во второй группе — $60,5\pm5,18$ мм/ч, в первой группе — $40\pm4,16$ мм/ч; лейкоциты во второй группе — $22,69\times109$ /л, в первой — $15\pm2,6\times109$ /л; сегментоядерные нейтрофилы во второй группе — 83%, в первой — 67,5%. При сравнении этих же показателей в подгруппах 1Б и 2Б прослеживались подобные изменения.

Пациенткам при поступлении была выполнена ультразвуковая диагностика органов малого таза. В первой группе в 10 случаях (66,6%) был диагностирован острый эндометрит, визуально отмечались признаки несостоятельности швов на матке («ниши», истончение миометрия до 2-3 мм), гематома пузырно-маточного пространства у трех родильниц (20%), разлитой перитонит и сепсис в двух случаях (13,4%).

Во второй группе по данным ультразвукового исследования были выявлены: гематома параметральной клетчатки и острый метроэндометрит по 6 случаев (42,8%), у двух пациенток (14,4%) отмечались признаки истинного приращения плаценты.

При выполнении релапаротомии и ревизии органов малого таза у 11 родильниц (73,4%) первой группы и у 7 родильниц вто-

рой группы (50%) была подтверждена частичная несостоятельность швов на матке. Этим пациенткам проводились санационные лечебно-диагностические гистероскопии, аспирационно-промывное дренирование полости матки, комплексное противовоспалительное лечение. При стабилизации состояния пациенток, улучшении лабораторных показателей им проведена органосберегающая операция (иссечение некротизированных тканей, санация брюшной полости и малого таза, дренирование).

Критерии отбора пациенток для метропластики:

- Положительная динамика в состоянии родильниц на фоне консервативной терапии и санационных лечебно-диагностических гистероскопий (ГС) в сочетании с комплексным противовоспалительным лечением.
- Сохранение ГС картины несостоятельности швов на матке: расширение ее полости, образование фиолетового оттенка губчатой структуры с фибринозными наложениями.

— Сохранение эхопризнаков дефекта стенки со стороны полости матки в виде «ниши» неправильной треугольной формы с выраженным истончением, либо полной несостоятельности швов, деструктивные изменения нижнего сегмента в зоне швов.

Четырем родильницам первой группы (26,6%) и 7 — второй группы (50%) в обязательном порядке проводилась предоперационная подготовка (антибактериальная, инфузионная). При отсутствии эффекта от проводимой терапии, нарастании симптомов полиорганной недостаточности было проведено оперативное вмешательство.

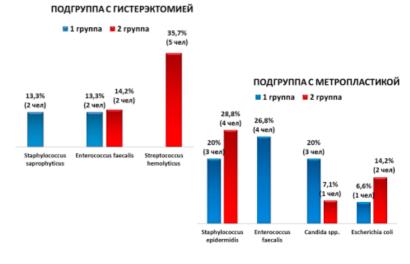
При визуальном осмотре в ходе операции обращали внимание раздутые петли кишечника, отсутствие его перистальтики, отечность маточных труб, матка была дряблой, больших размеров, полость ее была заполнена гнойным содержимым. Гной выделялся в брюшную полость при надавливании на матку.

У одной (7,2%) пациентки второй группы был обнаружен, а затем вскрыт абсцесс брюшной полости, удалено около 300 мл гноя. Стенками абсцесса явились задняя поверхность матки, придатки слева, сигмовидная кишка, сальник. Всем родильницам произведена тотальная гистерэктомия с трубами, дренирование брюшной полости.

Критерии отбора пациенток для гистер-

- наличие полиорганной недостаточности;
 - клинические признаки перитонита;
- эхокартина несостоятельности швов на матке; абсцесс в области швов на матке, между маткой и мочевым пузырем, под пузырноматочной складкой, брюшной полости.

Бак.посев содержимого из полости матки





Во всех случаях производился бакпосев содержимого из полости матки. В подгруппе 1Б (произведена гистерэктомия) у двух родильниц (13,3%) обнаружен Enterococcusfaecalis, еще у двух (13,3%) — Staphylococcussaprophyticus. В подгруппе 2Б — у 5 (35,7%) женщин был обнаружен Streptococcushemolyticus, у двух (14,2%) — Enterococcusfaecalis.

В подгруппах 1А и 2А (метропластика) в 3 случаях (20%) был выделен Staphylococcusepidermidis, в 4 (26,8%) — Enterococcusfaecalis, у 3 (20%) выделен Candidaspp., и у одной (6,6%) женщины — Escherichiacoli. В подгруппе 2А: у 4 женщин (28,8%) был выделен Staphylococcusepidermidis, у 2 (14,2%) — Escherichiacoli, у одной (7,1%) — Candidaspp.

Удаленные органы и ткани во всех случаях были подвергнуты гистологическому исследованию. В группе с гистерэктомией отмечались следующие изменения:

- в миометрии отек;
- диффузная густая лейкоцитарная инфильтрация;
 - некроз мышечной ткани;
 - очаговые кровоизлияния;
 - полнокровие сосудов;
- в зоне плацентарной площадки сосуды с множественными тромбами смешанного строения.

В миометрии, иссеченном при метропластике, выявлены:

- отечный миометрий с густой лимфоцитарной инфильтрацией:
- некротизированная ткань с неравномерно выраженной воспалительной инфильтрацией;

полнокровие сосудов гладкомышечных волокон.

Пациенткам с ГСЗ проводилось лечение согласно протоколу лечения «Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве» от 2015 года, Москва, а также Стандарта учреждения от 2016 года, разработанного в ККБ «Стандарт учреждения оказания медицинской помощи при подозрении на сепсис». В послеоперационном периоде родильницы также получали дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, антикоагулянты, ГБО, физиолечение.

На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Перед выпиской всем родильницам проводилось ТВУЗИ. В обеих группах у пациенток, которым произведена метропластика, отмечалась умеренная отечность в области швов на матке, контуры матки были ровными, свободная жидкость в брюшной полости отсутствовала.

Во всех случаях после гистерэктомии патологических изменений не выявлено. Контрольное ультразвуковое исследование в отдаленном периоде проводилось через 3, 6 и 9 месяцев. При исследовании отмечалось формирование состоятельного рубца [4]:

- типичность положения рубца;
- отсутствие деформаций, «ниш», участков втяжения со стороны полости и со стороны серозной оболочки;
- отсутствие гематом в структуре рубца, соединительно тканных включений, жид-костных структур, визуализаций лигатур в миометрии в зависимости от давности операции и использованного шовного материала;

- адекватный кровоток;
- состояние пузырно-маточной складки, дугласова пространства, параметральной клетчатки.

На 10-12 сутки послеоперационного периода родильницы были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что 93% родильниц второй группы имели экстрагенитальные и в 71,1% гинекологические заболевания.

Возникновение ГСЗ после КС связано с низким уровнем соматического и репродуктивного здоровья женщин. Эти факторы оказывают несомненное влияние на заживление швов на матке.

По-прежнему в большинстве случаев (73,4 и 85,8%) оперативное родоразрешение проводится в экстренном порядке.

Снижение частоты органосохраняющих операций во второй группе (2016) связано с более поздней диагностикой эндометрита и запоздалым переводом родильниц в ККБ.

Контрольное ультразвуковое исследование состояния рубца на матке в отдаленном периоде через 3, 6, 9 месяцев при органосохраняющей операции демонстрирует удовлетворительное состояние рубца на матке.

Литература

- 1. Братчикова О.А.Ультразвуковая диагностика послеродового эндометрита / О.А. Братчикова, М.Л. Чехонацкая, Н. Е. Яннаева // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. № 10. С. 65-69.
- 2. Краснопольский В.И. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: особенности течения на современном этапе // В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина // Российский вестник акушерагинеколога. 2013. № 4. С. 82-85.
- 3. Курцер М.А. Органосохраняющие операции при акушерском перитоните // М.А. Курцер, В.Н. Французов, Т.С. Локтева, А.Д. Подтетенев // Российский медицинский журнал. 2012. № 3. С. 20-23.
- 4. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения // С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, М.А. Чечнева, М.В. Мгелиашвили, Ю.П. Титченко, Н.В. Пучкова, Р.А. Барто // Российский вестник акушера-гинеколога. 2013. № 1. С. 73-77.

ДИСКУССИОННАЯ ПЛОШАДКА

ПСИХОСОМАТИКА – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

М.В.Попов КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

В практике каждого врача встречаются случаи, когда пациент по всем законам медицины должен выздороветь, однако этого не происходит. И даже незначительного улучшения добиться не удается, несмотря на назначение необходимых лекарств и процедур. Что мы делаем в таких ситуациях, коллеги?

Представим гипотетического доктора Сидорова, столкнувшегося на приеме с подобным случаем.

Первая мысль доктора: наверное, диагноз неверный. Надо дообследовать пациента, показать его смежным специалистам. Но обследования не выявляют серьезных патологий, ну, там гастрит, тут остеохондроз и, конечно, ВСД как обязательный компонент.

Следующая мысль: надо попробовать другое лечение. Смена препаратов, увеличение дозировок, добавление нового. Но, увы, эффекта опять нет. А зачастую есть дополнительные жалобы на побочные эффекты терапии.

Доктор Сидоров показывает сложного пациента профессору или другому признанному авторитету. Но профессор либо не находит ничего принципиально нового в плане диагностики и лечения, либо выставляет под вопросом какой-нибудь редкий синдром, назначает для уточнения дорогие диагностические процедуры и отсылает больного обратно к Сидорову.

Чем эта история закончится? Вероятнее всего, на каком-то этапе пациент и Сидоров расстанутся. Может, пациент разочаруется в Сидорове как в специалисте и начнет донимать его коллегу Петрова, а потом Иванова. Может, он разочаруется в медицине в целом и начнет искать исцеления у представителей медицины альтернативной — народных знахарей, «бабок», «дедок», экстрасенсов, волшебников и прочих гомеопатов.

Те или иные методы, как медицинские, так и шарлатанские, будут давать эффект недостаточный и нестойкий (причем шарлатанские, как ни странно, все же окажутся более эффективными). Пациент будет продолжать болеть, и чем дольше, тем труднее его будет вылечить. Что же делать?

Выход есть.

Чудесное средство, к которому доктор Сидоров должен был прибегнуть на самых ранних этапах знакомства с пациентом, — консультация психиатра. При чем тут психиатр? Давайте разбираться.

У каждого из наших больных (а также у нас самих) имеется вегетативная нервная система. Она, если очень упростить, связывает нашу психику с соматикой. Ее деятельность эволюционно обусловлена, она помогает в стрессовой ситуации быстро перестроить физиологию под форс-мажорные обстоятельства. Благодаря ей при стрессе мы чувствуем те или иные изменения в теле — учащение пульса, повышение артериального давления, потливость, нарушение работы кишечника, затруднение дыхания и т.д. Это у всех и в норме.

Но при высоком уровне тревожности, нарушении функций вегетативной нервной системы или вследствие других причин эти реакции могут быть чрезмерно выражены или носить вычурный, нетипичный характер.

В прежние времена для таких случаев были распространены диагнозы ВСД или НЦД. (Кстати, нигде в мире, кроме стран бывшего СССР,

диагноз ВСД неизвестен. Зато известна «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» — F.45.3 по МКБ-10.)

Помимо ВНС исследователи указывают на роль эндокринной и иммунной систем в возникновении ныне модного состояния психосоматики, или как выразилась одна пациентка: «психоматики».

К теме психосоматики можно подойти с разных сторон.

Во-первых, психосоматические заболевания, для которых неустойчивость психоэмоционального состояния является одним из этиопатогенетических факторов, действительно существуют. К психосоматическим заболеваниям относятся ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма, псориаз и другие хронические заболевания. Эмоциональный стресс может спровоцировать их обострение (инфаркт, кровотечение, приступ удушья).

Во-вторых, разнообразные психические нарушения практически всегда сопровождаются соматическими симптомами, но психиатры выносят соматические симптомы в диагноз, только когда их характер или выраженность отличается от телесных изменений, в норме сопровождающих изменения психические. Например, сюда можно отнести так называемые «панические атаки» или соматические симптомы, сопровождающие ипохондрические состояния.

Есть такое выражение «лупа ипохондрика», оно подразумевает, что ипохондрик смотрит на свое соматическое состояние словно через лупу, он замечает мельчайший изменения, на которые обычный человек не обращает внимания, — тут заурчало, там кольнуло, здесь прыщик вскочил. Благодаря действию ВНС эти симптомы усиливаются, а вскоре возникают сами собой на пустом месте.

Соматические симптомы так часто сопровождают некоторые психические нарушения, что в МКБ-10 для них введены специальные дополнительные кодировки, например, четвертая цифра кодирует наличие или отсутствие соматических симптомов при таком диагнозе, как депрессивный эпизод.

О наличии «истерических» нарушений соматической сферы будущие врачи узнают еще из учебников, будучи студентами. Эти нарушения изучены, описаны, их реальность не требует доказательств.



Наиболее ярко описаны нарушения чувствительной сферы (слепота, глухота, вычурные телесные ощущения и боли) и двигательной (парезы, параличи, спастические симптомы, нарушения речи, астазия-абазия, гиперкинезы). Эти синдромы встречаются в клинической картине разных психических заболеваний — от шизофрении до реактивных состояний, связанных с острым стрессом. Об их психосоматическом характере свидетельствуют нетипичность локализации, вычурность, исчезновение или уменьшение в ситуациях, когда рядом нет зрителей или когда симптоматика создает угрожающие для жизни состояния. Например, при пожаре истерический паралич может мгновенно пройти, а больные с истерической слепотой хотя и натыкаются на предметы, но, как правило, избегают серьезных травм.

Нарушения имеют преходящий характер, сочетаются с другой психопатологической симптоматикой, при них отсутствует адекватная сомато-неврологическая патология. Важно понимать, что истерические симптомы — не симуляция, больной испытывает страдания, не может прекратить симптомы по своему усмотрению.

В-третьих, существует эффект плацебо, когда пациент получает «пустышку», верит, что это лекарство, и ему помогает. Во многом именно благодаря эффекту плацебо существуют разнообразные псевдомедицинские средства и методики, которые на самом деле ничего не лечат. Классический пример — гомеопатия.

В 1955 году американский врач Генри Бичер проанализировал данные 15 исследований с участием плацебо и пришел к выводу, что эффект плацебо равен в среднем 35,2% (а в отдельных случаях до 60%), а также настаивал на необходимости плацебо-контролируемых исследований для всех лекарств.

Кроме того, Бичер делился фронтовым опытом, когда он во время Второй мировой войны, работая врачом на передовой, ставил раненым под видом морфия инъекции физраствора (потому что морфий закончился, и надо же было что-то делать) и с удивлением наблюдал, что раненые отмечают обезболивающий эффект.

В 1996 году еще один американский врач, хирург и ортопед Брюс Мосли опубликовал данные о десяти пациентах, страдавших остеоартрозом коленного сустава и имевших показания для оперативного лечения артроскопическим методом. Все десять пациентов отметили после операции значительное улучшение своего состояния. Нюанс в том, что пятеро из них вместо настоящей операции перенесли имитацию — доктор Мосли сделал им разрез на коже и зашил, на этом все.

Известны опыты, оценивающие роль психосоматики в обезболивании. Боль среди всех болезненных симптомов наиболее субъективна. Я могу не чувствовать боль, я могу не обращать внимания на боль, я могу терпеть боль, я могу говорить, что не чувствую боль, чтобы не разочаровывать врача.

В эксперименте все эти нюансы сложно отделить друг от друга, и это дает возможность исследователям отмечать обезболивающее действие психосоматики в большей мере, чем любые другие ее эффекты. Впрочем, существуют многочисленные данные об объективном влиянии плацебо на показатели системы нейроэндокринной регуляции боли.

Нам известны исторические примеры нечувствительности к боли вследствие изменения психического состояния (берсеркеры и самураи, римлянин Муций, удививший этрусского царя, и юный спартанец, загрызенный лисенком).

Участки пониженной болевой чувствительности на коже в средневековой Европе считались признаком сотрудничества с дьяволом. У людей, заподозренных в этом, «дьявольские пятна» искали, втыкая иголки в разные части тела, и нередко находили. Психосоматика сыграла не последнюю роль в появлении у людей этих «дьявольских» меток

В 2006 году компания ВВС продемонстрировала в документальном фильме операцию на сердце, где больная была обезболена акупунктурой. Правда, специалисты заметили, что больная находится под действием медикаментов. Воздействие акупунктуры на боль до сих пор остается спорным моментом, но в достоверных исследованиях отмечается, что действие акупунктуры превышает действие плацебо.

Основанные на психосоматике методы если не обезболивания, то снижения боли во время родов использовались с давних времен. Хорошо работающую методику психотерапевтического обезболивания при родах создал советский врач Вельвовский, В связи с ее применением в Европе возник казус: роженицы-католички считали, что боль должна бы частью родов, ибо так сказано в Писании, а следовательно, попытки обезболивания — «от лукавого». Римский папа Пий XII сделал несколько официальных заявлений и даже выпустил буллу, где разъяснял женщинам, что данный метод не проделка сатаны, а «гуманный дар человечеству», хоть и от безбожников коммунистов.

Таким образом, накоплено достаточно данных, чтобы с уверенностью сказать: психосоматика может уменьшать боль. Но она же может усиливать ее и даже вызывать на пустом месте. В клинической практике врачу любой специальности приходится сталкиваться с жалобами на боли нетипичной локализации или характера, причина которых либо вовсе отсутствует, либо неадекватна тяжести и характеру заболевания. Это и есть психосоматика.

Активность психосоматики зависит от многих условий. Эффект плацебо выше, когда «пустышка» имеет необычную окраску, необычный размер, форму, цвет или запах, снабжена клеймом. Плацебо-инъекции помогают лучше, чем плацебо-таблетки. Плацебо более эффективно, когда его прием сопровождается беседой с пациентом, подробным осмотром, разъяснениями ему особенностей его состояния, какими-нибудь любыми манипуляциями.

Все эти вещи активируют психосоматику, заставляя ее работать на выздоровление. Тем же эффектом обладают загадочные ритуалы, мистический антураж, ссылки на авторитеты, у которых якобы учился доктор или целитель, одним словом, все яркое и необычное будет усиливать плацебо-эффект.

Именно поэтому у злосчастного пациента доктора Сидорова будет больше шансов получить облегчение на приеме у экстрасенса, народного целителя или гомеопата, чем у участкового терапевта. Правда, окончательно избавить от проблем шарлатан все равно не сможет: они вызваны внутренними причинами, нарушениями психической сферы, и поэтому вернутся, возможно, в другой форме. Пациент снова пойдет к шарлатану, и тот с энтузиазмом будет снимать у него разные виды порчи, пока у больного не закончатся деньги.

Для того чтобы оценить возможности психосоматики, необходимо подробно остановиться на некоторых ярких феноменах.

Ожоги от гипноза

К человеку прикасаются холодным предметом, а он считает, что предмет раскаленный, испытывает боль, как от ожога, а в месте прикосновения наблюдаются эритема или даже везикулы.

Другой вариант: гражданин, погруженный в гипноз, получает внушение о прикосновении к нему раскаленным предметом, а на самом деле, предмет обычной температуры или вовсе нет никакого предмета. На коже опять появляются следы ожогов. Феномен реален.

Иногда приходится слышать об обратном феномене: человек, которому внушена неуязвимость, якобы контактирует с огнем или

раскаленными предметами и ожогов не получает. Достоверных свидетельств этому нет.

Что касается фокуса с хождением по раскаленным углям, то любой запросто это сделает, если будет быстро переступать ногами. Так же, как любой может провести руку через пламя зажигалки или свечи.

Истерическая слепота, параличи

Это существенные нарушения чувствительной или двигательной сферы, возникающие на фоне психических нарушений.

Приступы выраженного двигательного возбуждения (так называемая «моторная буря»), сопровождающиеся ускорением речи, бранью, другими симптомами, рассмотренные сквозь призму религиозно-мистических верований, являются основой для историй об одержимости бесами, вселении чужих душ, воздействии инопланетян.

Внезапное исчезновение истерических симптомов под воздействием каких-либо факторов, рассмотренное сквозь ту же призму, является основой историй о чудесных исцелениях. Психосоматические сенсомоторные нарушения, такие, как слепота или паралич, дают наиболее яркие сюжеты, поражающие наблюдателей, — они сначала формируют внешнюю картину выраженной и серьезной патологии, а потом способны вмиг исчезнуть без следа.

Например, массовые вскрытия после революции 1917 года чудотворных мощей являются отличной иллюстрацией того, как на протяжении длительного времени верующие граждане исцелялись от самых разнообразных недугов при помощи в лучшем случае костей неопределенного происхождения, а в худшем — мусора, кирпичей, восковых или тряпичных кукол, ваты и тому подобного. Что исцеляло их на самом деле? Их исцеляла психосоматика.

Ну, и конечно, никак нельзя пройти мимо факта, что, как на Руси, так и в Европе, в разных храмах хранятся чудотворные мощи одного и того же святого. Например, Иоанн Креститель, труп которого, согласно Евангелию, был сожжен, экспонировался в последующие века в разных монастырях по частям, среди которых можно насчитать 12 голов, 7 челюстей, 4 плеча, 9 рук и 8 пальцев.

Психические эпидемии

Эта «зараза» передается от больного к больному через внушение. Известен эксперимент, когда человек называет черное белым только потому, что до него несколько других людей сказали так.

На выступлении целителя, массового гипнотизера или проповедника вы увидите такой трюк: на сцену выводится ряд граждан, гипнотизер идет вдоль них, прикасается по очереди, и они валятся на пол. Иногда можно заметить, что первых он отчетливо толкает, говорит: «Падай!», а последние уже валятся сами. Причина разная: кто-то с неустойчивой психикой и впрямь чувствует, что ноги у него подкосились (психосоматика чистой воды), кому-то неудобно — все упали, а он что же, останется стоять? Кто-то думает, что иначе не исцелится.

В Средние века в некоторых монастырях распространялась одержимость демонами: сначала один монах или монахиня начинает выдавать какие-нибудь припадки, потом другой, третий и так далее. В России это было известно как «кликушество».

В XIV веке в Европе стала распространяться Пляска святого Вита (она же «танцевальная чума»): больные, часто держась за руки, совершали ритмичные движения, прыжки. Пораженных были тысячи. Некоторые умирали во время «пляски» — от истощения, сердечных приступов.



Среди коренных народов Сибири имела распространение эпидемия «меряченья», описания относятся к XIX — началу XX века. Это были те же приступы моторного возбуждения, сопровождавшиеся полиморфной психопатологической симптоматикой. Несколько другим по клинике, но тоже меряченьем, является повторение слов за кем-то одним или друг за другом. В психиатрии такой симптом называется эхолалией, встречается чаще при шизофрении.

В Танзании в 60-е годы XX века разразилась и длилась почти два года эпидемия беспричинного смеха. Жертвами ее стали несколько тысяч молодых людей, в основном девушек.

Небольшая психическая эпидемия имела место в начале «нулевых» в одной из женских исправительных колоний Красноярска. Симптомы — внезапная слабость в ногах, неспособность ходить, стоять. Началось с нескольких цыганок, постепенно перекинулось и на русских.

Остановили эпидемию быстро. Заключенной говорили, что если она на самом деле больна, то это должно сопровождаться потерей чувствительности в ногах, и прикасались иглой. Если обнаруживалось, что чувствительность не утрачена, ее объявляли симулянткой.

Ложная беременность

Это состояние, при котором у женщины наблюдаются симптомы беременности, включая изменение гормонального фона и увеличение объема живота за счет жировой или соединительной ткани, кроме собственно наличия плода. Феномен изучен и описан, достоверность не вызывает сомнений.

Интересный момент: ложная беременность часто возникает у женщин, которые очень хотят забеременеть, в том числе для которых беременность желательна по сугубо корыстным соображениям. Это о роли высокой мотивации как одного из пусковых механизмов психосоматики.

Стигматы

Это раны, которые появляются на теле верующих христиан в местах, где они находились у распятого Христа. Религиозные пропагандисты считают стигматы проявлением святости, приписывают им божественное происхождение. Также они нередко сообщают о том, что граждане, отмеченные стигматами, начинают демонстрировать способность к исцелению больных, предвидению будущего, левитации и другим чудесным вещам.



Научного исследования этого вопроса нет, зато есть целый ряд историй о людях, которые делали себе стигматы сами при помощи химического или механического повреждения кожи.

Вопрос о том, достаточно ли могущественна психосоматика, чтобы вызвать локальное повреждение кожных покровов, остается открытым. В пользу психосоматики свидетельствует то, что граждане, демонстрирующие стигматы, выдают и другую психопатологическую симптоматику — видения, озарения, необычные переживания, яркие и вычурные ощущения и эмоции (галлюцинаторная, обсессивная, дереализационно-деперсонализационная и другая болезненная симптоматика).

Вуду-смерть

Это смерть человека, никак не связанная с соматической патологией. Для названия феномена используют такие словосочетания, как «психическая смерть», «смерть от психосоматических причин», и более цветистые вроде «проклятия вуду», или «вуду-смерти».

Существует огромное количество историй о людях, которые умерли без всяких причин, только потому, что верили в то, что должны умереть. Несчастные аборигены от Австралии до Аляски становятся жертвами такого рода проклятий. Какой-нибудь бедолага случайно съедает плод с запретного дерева или просто чем-то не нравится местному шаману, и тот предсказывает ему скорую смерть. Несчастный не сомневается в силе проклятия, окружающие тоже. В результате силы покидают беднягу, и он действительно умирает.



Подобные случаи смертельной психосоматики характерны не только для примитивных дикарей. Известна история Сэма Лонда из пригорода Сент-Луиса — он умер в 1971 году от рака, которого у него на самом деле не было (лечащий врач ошибся с диагнозом). Известна также история о «копенгагенском эксперименте» — осужденному на смерть преступнику сообщили, что он умрет от кровопотери, затем завязали глаза, сделали поверхностный порез на запястье, стали лить на это место теплую воду, сопровождая комментариями о том, что кровь выходит, и в результате гражданин действительно умер.

Кочует байка и об английском моряке, которого случайно заперли в холодильнике, холодильник был выключен, но бедняга этого не знал и умер как бы от холода. Американский психолог Ролло Мэй приводит в своей книге описания случаев смерти от тоски, тревоги, страха — люди были соматически здоровыми, гибель наступила вследствие психических причин.

Тут вспоминается и вымершая якобы от проклятия деревенька охотников на тюленей в Северной Англии, и Антон Ла Вей, автор «Сатанинской Библии», якобы проклявший какую-то женщину путем перечеркивания ее фотографии, после чего она не замедлила погибнуть в автокатастрофе, и многое другое.

В ортодоксальном иудаизме известно проклятие «пульса денура» («огненный кнут» и т.п., разные варианты транскрипции и перевода). Можно найти множество упоминаний о применении этого проклятия к соплеменникам, которые чем-то не понравились евреям-праведникам. И многие из них потом якобы умирали, причем от причин весьма разных — от болезней до несчастных случаев и криминальных эпизодов. Чаще истории таковы: гражданина прокляли, через время (порой годы) с ним что-то случилось. Например, в 2005 году евреи-экстремисты публично предали проклятию израильского политика Ариэля Шарона, пообещав, что жить ему осталось 30 дней. Через полгода 85-летний Шарон перенес инсульт, ушел в кому и через 9 лет (!) умер. С тем же успехом можно наугад проклясть любого человека — когда-нибудь он все равно заболеет и умрет.

В заключение курьезная и трагическая история из числа гуляющих по Сети баек. Цыгане — специалисты по наведению и снятию порчи любят кучковаться вокруг лечебных учреждений, где много граждан, находящихся в стрессовой ситуации. Их легче облапошить. Вот как-то банда цыган обосновалась около гарнизонного госпиталя в некотором городе. Как их ни гоняли, никакого толку.

Тогда цыганам пригрозили, что если они не уйдут, их вытравят, благо в военных закромах есть чем. Угрозам те ожидаемо не вняли, поэтому в один прекрасный день к цыганам вышли два санитара в ОЗК, противогазах, с распылителями и окатили толпу безвредным, но дурнопахнущим дезраствором.

Цыгане с воем скрылись и больше не показывались. А через неделю на столе у начальника госпиталя зазвонил телефон. Это был коллега из обычного, гражданского госпиталя с вопросом:

- Вы что, армейцы, обалдели?
- Что такое?
- К нам тут толпа цыган ломится предлагают любые деньги, лишь бы мы спасли их от отравы.
- Да вы что, обычный дезраствор, отмахнулся начальник госпиталя. Даже концентрация детская. Расчет был на мнительность и эффект плацебо.
- Недооценили вы их мнительность, вздохнули в трубке. Четыре трупа, девять человек в реанимации, а выкидыши мы и не считаем уже.

Кстати, психосоматике подвержены и животные. Например, достаточно изучен феномен ложной беременности у собак (меньше у кошек). Ничем кроме психосоматики, не могут быть объяснены положительные результаты эффективности применения гомеопатических средств на крысах, морских свинках и тех же собаках.

**>

Так где же границы возможностей психосоматики? Может быть, лекарства и вовсе не нужны, достаточно научиться позитивно мыслить или что-нибудь в этом роде, и все болезни сами исчезнут? К сожалению. это не так.

Вы удивитесь, узнав, какое количество разнообразных альтернативно одаренных целителей вылечили себя от рака (по их собственным словам). Буквально каждый второй. Как же с этим обстоит дело на самом деле?

Главный онколог МЗ Украины, профессор Щепотин утверждает, что не встречал пациентов, исцелившихся от злокачественной опухоли с помощью народных средств.

Заместитель главного врача краевого онкологического диспансера, ныне покойный профессор Арутюнян о лечении рака у «народных целителей» говорил однозначно: «Это просто обман людей».

Руководитель клинико-диагностического центра Института онкологии имени Герцена (Москва) Богданова подчеркивала, что в мире не известно ни одного случая излечения от рака с помощью гомеопатических средств или трав. Список цитат можно продолжать.

Американское онкологическое общество имеет сходное мнение по этому вопросу. Современная медицина не располагает ни одним официально задокументированным случаем излечения онкологического заболевания при помощи «альтернативной медицины» или психотерапии. Психосоматика против рака бессильна.

Подведем итог сказанному.

- 1. У человека в норме существуют физиологические механизмы, связывающие психику с соматикой. Когда мы нервничаем, у нас отмечается потливость, сердцебиение, другие симптомы. Если мы страдаем при этом психосоматическим заболеванием, то оно может обостриться, а если не страдаем, но нервничаем долго и постоянно, оно может постепенно развиться. Точно также, когда мы спокойны и уверены в себе (например, в своем здоровье, приняв плацебо или посетив шарлатана) наша соматика успокаивается, а обострение психосоматических заболеваний может смениться ремиссией.
- 2. Иногда физиологические механизмы идут вразнос, и тогда мы видим выраженные, вычурные и нетипичные соматические проявления на фоне психических изменений. В отношении некоторых подобных проявлений, таких как психические эпидемии или истерические сенсомоторные нарушения, мы можем с уверенностью сказать, что они реальны. В отношении других, например, стигматов или вуду-смерти что они могут быть реальными, хотя не абсолютно достоверны. В целом чем ярче и вычурнее феномен, тем менее достоверны сведения о нем.
- 3. Каковы границы изменений соматики на фоне изменений психики, мы в точности не знаем, но деструктивный потенциал таких изменений выше, чем созидательный. Потенциал положительных изменений ниже нет никаких достоверных данных об излечении серьезных болезней под действием психических факторов или каких-

либо чудес, нет данных и о мгновенном заживлении ран или исчезновении каких-либо повреждений (что было бы феноменом, обратным гипноожогам или стигматам). Как говорится, ломать — не строить.

- 4. Сталкиваясь с неподдающимися лечению соматическими симптомами в рамках профессиональной компетенции, врач должен заподозрить, что данные нарушения имеют психогенную природу в случае если:
- тяжесть, характер, длительность симптомов не соответствуют данным обследований, и они не складываются в клиническую картину известных заболеваний:
- симптомы носят преходящий характер, усиливаются в каких-то определенных ситуациях на людях или в тревожном состоянии, и уменьшаются в покое и на фоне приема успокаивающих препаратов;
- симптомы сопровождаются психопатологической симптоматикой (аффективной, обсессивной и др. — если есть подозрения, следует расспросить больного или его родственников):
- имеются данные о наличии у больного психических заболеваний, приеме психоактивных веществ, психотропных препаратов;
- имеются данные о наличии в анамнезе похожих эпизодов возникавшей и исчезавшей непонятной соматической симптоматики.
- 5. Сталкиваясь с такими подозрительными симптомами, врач должен следовать алгоритму: обследование с целью выявить либо исключить сомато-неврологическую патологию, которая могла бы стать причиной симптоматики. Если патология не выявлена, обязательна консультация психиатра или психотерапевта.

Как убедить больного обратиться к специалисту — отдельный непростой вопрос. Отечественный пациент убежден, что помощь специалистов, в названии которых есть частица «псих», нужна только буйнопомешанным. Посоветовать можно следующее:

- не говорите больному, что он психически болен;
- вместо терминов «неустойчивая психика», «нервная» или «психическая болезнь» следует использовать выражения «стресс», «хронический стресс», «неустойчивое эмоциональное состояние», «повышенная тревожность»;
- следует корректно опросить больного о его психическом состоянии: бывают ли перепады настроения, депрессия, раздражительность, плаксивость, постоянные мысли о здоровье, беспричинная усталость, слабость, бессонница, плохой аппетит и прочее? После признания факта наличия таких симптомов мягко указать, что они являются свидетельством истощения нервной системы стрессом и т.п.:
- следует согласиться с больным, что данные симптомы следствие его болезней, но они же их вторичная причина, формирующая «замкнутый круг» (и это действительно так). Убедите больного, что такое состояние может развиться у каждого человека, но оно требует обязательной коррекции, для чего и существуют врачи;
- дайте понять больному вы хотите не спихнуть его психиатру, а подключить специалиста для совместного лечения и достижения лучшего результата.
- В дальнейшем целесообразна совместная курация пациента либо постепенная передача его на лечение психиатру, в случае когда помощь специалистов другого профиля не требуется совсем.

Роль соматического специалиста в совместной работе — симптоматическая помощь и мониторинг соматического состояния, которое действительно может ухудшаться вследствие измененного психического состояния больного.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КИСТОЗНОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Н. Ю. След, А. Е. Попов, О. Н. След КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

В последнее время в абдоминальной хирургии отмечается увеличение количества больных с панкреатическими кистами (ПК). Это обусловлено ростом заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, совершенствованием и распространением современных методов обследования, снижением летальности при лечении деструктивных форм острого панкреатита [6, 8].

Деструктивные формы панкреатита в 50% случаев завершаются исходом в ложную кисту [2, 10, 13]. Частота осложнений кист ПЖ может достигать 25%, а летальность — 40-60% [1, 8].

Основополагающим фактором в выборе способа лечения и вида хирургического вмешательства является степень сформированности кисты: чем более толстая стенка, тем больше возможности выполнить радикальную операцию [3, 15]. При несформированных кистах методом выбора являются малоинвазивные манипуляции: дренирующие чрескожные процедуры под УЗИ-контролем или эндоскопические ретроградные манипуляции на большом дуоденальном сосочке [7, 9, 14]. Они являются альтернативой наружным дренирующим операциям, выполняемым из лапаротомного доступа, и позволяют подготовить пациента к радикальной операции [15].

В лечении сформированных ПК предпочтение отдается традиционным хирургическим вмешательствам: паллиативным, которые включают методы наружного и внутреннего дренирования, и радикальным, представленным резекционными и резекционно-дренирующими операциями [4, 12]. Подход к лечению пациентов должен быть индивидуальным, с учетом имеющихся осложнений.

Выбор метода операции, показания и сроки ее проведения до сих пор остаются дискутабельными. По этой причине целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа отдаленных результатов различных хирургических методов лечения пациентов со сформированными ПК.

Материалы и методы

Исследование проведено на клинической базе КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» г. Красноярска. За период от 6 месяцев до 12 лет проведен анализ результатов хирургического лечения 66 пациентов с кистозным панкреатитом. Критерием включения пациентов в группы исследования являлось наличие сформированной кисты ПЖ. Это подтверждалось наличием стенки кисты толщиной 3-4 мм (по данным лучевых методов исследования), длительностью заболевания более трех месяцев, интраоперационной верификацией и гистологическим исследованием препарата.

В зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства пациенты были разделены на три группы: первая группа — наружное дренирование кист — 21 (31,8 \pm 5,7%), вторая — внутреннее дренирование — 20 (30,3 \pm 5,7%), третья — резекционные операции — 25 (37,9 \pm 6%).

Методы наружного дренирования заключались: в дренировании ПК открытым способом, марсупиализации, пункционном дренировании под контролем лучевых методов. При продолжающемся кровотечении выполнялся «капитонаж» полости кисты, заключающийся в остановке кровотечения путем тугого ушивания ее полости.

Операции внутреннего дренирования представлены различными видами анастомозов ПК с желудком, ДПК, тонким кишечником. В качестве резекционных методов применялись дистальная резекция ПЖ, цистэктомия. При локализации кист в головке ПЖ нами были внедрены дуоденумсохраняющие (резекционно-дренирующие) операции.

Описательные статистики для качественных учетных признаков представлены абсолютными значениями и процентными долями. Количественные величины представлены медианой и перцентилями (Me(P25;P75)).

Обработка полученных результатов выполнялась с использованием критериев Шапиро-Уилка, х2Пирсона, Краскела-Уоллиса, с последующим попарным сравнением групп по критерию Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при p<0,05.

Результаты и обсуждение

Изучение отдаленных результатов проводилось путем амбулаторного и стационарного обследования, анкетирования уведомительной почтовой рассылкой. При оценке результатов данных пациентов учитывалась частота рецидива заболевания, развитие эндокринной недостаточности в виде сахарного диабета (таблица 1).

Уровень качества жизни (КЖ) пациентов оценивался при помощи опросника МОС SF-36. У 41 (62,1%) было проведено амбулаторное и стационарное обследование, включающее УЗИ органов брюшной полости (100%), МСКТ (29,3%), изучение эндокринной функции ПЖ

Таблица 1 Отдаленные результаты хирургического лечения панкреатических кист

Критерии срав- нения	Наружное дренирова- ние (N=21)	Внутреннее дренирова- ние (N=20)	Резекцион- ные операции (N=25)
Количество обследо- ванных пациентов	7 (33,3±10,3%)	12 (60±11,0%)	22 (88±6,5%)
Рецидив заболе- вания	2 (28,6±17,1%)1	3 (25±12,5%)1	1 (4,5±4,4%)1
СД до операции	2 (9,5±6,4%)	2 (10±6,7%)	9 (36±9,6%)*
СД после операции	6 (28,6±9,9%)	8 (40±11%)	6 (24±8,5%)

^{* —} статистическая значимость различий относительно 1-й и 2-й групп (p<0,05); 1 — частота рецидивов заболевания рассчитана от количества обследованных пациентов.



В отдаленном периоде рецидив заболевания выявлен у 6 (9,1%) обследованных пациентов. В 1-й группе в двух (28,6%) случаях рецидив заболевания диагностирован после наружного дренирования ПК открытым способом. Причиной, по нашему мнению, явилась не выявленная связь ПК с протоковой системой ПЖ во время проведения операции. Рецидив ПК после внутреннего дренирования развился у троих (25 %) пациентов в результате стеноза цистодигестивных соустий.

Во всех случаях были наложены анастомозы кист ПЖ с тонким кишечником. В 3-й группе рецидив наблюдался в одном (4,5%) случае, после дистальной резекции ПЖ. Киста диагностирована в проксимальном отделе ПЖ. Причиной рецидива в данном случае явилось прогрессирование хронического панкреатита и стеноз панкреатического протока. В относительных значениях наибольшее количество рецидивов заболевания отмечено после наружного дренирования ПК открытым способом.

Также нами оценивалась эндокринная функция ПЖ до и после проведения оперативного лечения. До операции сахарный диабет был диагностирован у 13 (19,7%) больных, после развился у 20 (30,3%).

Наибольшее количество случаев сахарного диабета до операции выявлено в 3-й группе, у каждого третьего пациента (в 36% случаев). У пациентов 1-й и 2-й групп данный диагноз в предоперационном периоде регистрировался гораздо реже, в 9,5 и 10% случаев соответственно.

После операции наибольшее количество случаев выявленного сахарного диабета отмечено во 2-й группе — 8 (40%) пациентов. После наружного дренирования данное осложнение диагностировано у 6 (28,6%) больных, после резекционных методов также у 6 (24%) обследованных пациентов.

Развитие внутрисекреторной недостаточности не зависело от вида выполненной операции, а резекция ткани ПЖ не привела к увеличению данного показателя.

С целью оценки и сравнения отдаленных результатов различных вариантов хирургического лечения проводилось изучение качества жизни (КЖ) пациентов путем анкетирования. Для этого нами использовался опросник SF-36. Проведен сравнительный анализ КЖ пациентов после различных вариантов хирургического лечения ПК, по данным результатов анкетирования в трех исследуемых группах (таблица 2).

Количество респондентов в 1-й группе составило 21 человек, во 2-й — 20 человек, в 3-й — 25 человек. У пациентов 1-й группы отме-

чены самые низкие показатели физического и психического компонента здоровья. Они отмечали наличие болевого, диспепсического синдрома, необходимость в приеме анальгетиков, проведение заместительной ферментной терапии, соблюдение строгой диеты. Все это в значительно мере ограничивало их в повседневной жизни и трудовой (профессиональной) деятельности, приводило к инвалидизации и снижало качество жизни.

В 3-й группе наблюдались лучшие показатели физического и психического компонентов здоровья. Резекционные операции являются радикальным методом лечения. Они направлены на лечение причины заболевания — хронического панкреатита, и следствия — ПК.

В ходе операции резецируется фиброзно-измененная ткань ПЖ с кистой и производится декомпрессия протоковой системы. Это в большинстве случаев позволяет купировать болевой синдром и стабилизировать дальнейшее развитие панкреатита, что является профилактикой формирования ПК.

Таблица 2 Качество жизни по данным опросника SF-36 (Ме(P25;P75))

Variation	Наружное дренирова-			р по крите-	
Критерии опросника	(n=21)	(n=20)	операции (n=25)	рию Манна-	
SF-36	Me(P25;P75)	Me(P25;P75)	Me(P25;P75)	Уитни	
	1-я группа	2-я группа	3-я группа		
Физическое функцио- нирование (PF)	35 (30; 50)	55 (37,5; 76,3)	85 (75; 97,5)	p1-2=0,046, p1-3<0,001 p2-3<0,001	
Ролевое физическое функцио- нирование (RP)	45 (25; 52,5)	50 (50; 75)	79 (74; 93)	p1-2=0,033, p1-3=0,017 p2-3<0,001	
Интенсив- ность боли (BP)	62 (45; 52,5)	67 (52,8; 74)	78 (65; 87)	p1-2=0,209, p1-3=0,01 p2-3=0,003	
Общее состояние здоровья (GH)	45 (30; 70)	61 (45,5; 65)	78 (65; 87)	p1-2=0,033, p1-3=0,001 p2-3<0,001	
Жизненная активность (VT)	40 (31; 58,5)	65 (45; 73,8)	75 (60; 85,5)	p1-2=0,208, p1-3=0,02 p2-3=0,002	
Социальное функцио- нирование (SF)	75 (62; 88)	75 (65; 88)	80 (66,5; 94)	p1-2=0,49, p1-3=0,493 p2-3=0,212	
Ролевое эмоцио- нальное функцио- нирование (RE)	100 (16,5; 100)	100,0 (33; 100)	100 (41,5; 100)	p1-2=0,872, p1-3=0,881 p2-3=0,713	
Психическое здоровье (МН)	52 (37; 67)	68 (57,5; 72)	80 (56; 88)	p1-2=0,013, p1-3=0,018 p2-3<0,001	
Физический компонент здоровья (PCS)	36,7 (32,5; 44)	43,5 (38,5; 50,6)	52,8 (44,2; 58)	p1-2=0,012, p1-3=0,007 p2-3<0,001	
Психи- ческий компонент здоровья (MCS)	34,2 (24,6; 47,5)	45,9 (37; 52)	52,5 (43,4; 57,4)	p1-2=0,045, p1-3=0,025 p2-3<0,001	

Для оценки эффективности проведенных дуоденумсохраняющих операций был проведен сравнительный анализ результатов КЖ с пациентами 2-й группы. Для этой цели были выбраны пациенты с интрапанкреатическими кистами, локализованными в головке ПЖ (таблица 3), которым были выполнены внутренние дренирующие и резекционно-дренирующие операции.

Таблица 3 Качество жизни по данным опросника SF-36 (Me(P25;P75))

Критерии опросника SF-36	Внутреннее дренирование (n=16) 2-я группа	Резекционно- дренирующие операции (n=16) 3-я группа	р по критерию Манна-Уитни	
	Me (P25;P75)	Me (P25;P75)		
Физическое функционирование (PF)	55 (45; 65)	77,5 (75; 95)	p<0,001	
Ролевое физическое функционирование (RP)	62,5 (50; 75)	87,5 (75; 100)	p=0,004	
Интенсивность боли (BP)	70 (54,3; 74)	84,5 (74; 93,5)	p=0,001	
Общее состояние здоровья (GH)	64,5 (47,5; 65,3)	70,5 (69,5; 87,8)	p<0,001	
Жизненная активность (VT)	65 (47,3; 70)	75 (57,5; 88,3)	p=0,073	
Социальное функционирование (SF)	75 (67,5; 87,3)	77,5 (69,8; 88)	p=0,564	
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	100 (41,5;100)	83,5 (54,3; 100)	p=0,809	
Психическое здоровье (МН)	68 (62,5;72)	83 (69; 85,5)	p=0,008	
Физический компонент здоровья (PCS)	43,5 (38; 50,6)	54,9 (44,1; 58,7)	p=0,019	
Психический компонент здоровья (MCS)	46,8 (35,7; 52,2)	54,2 (44,4; 56,4)	p =0,043	

У пациентов, перенесших внутреннее дренирование ПК, результаты КЖ, уровень физического и психического компонента здоровья были несколько ниже, чем после резекционно-дренирующих операций. По пяти критериям и суммарным компонентам физического (PCS) и психического здоровья (MCS) имелись статистически значимые различия.

На наш взгляд, это обусловлено тем, что операции внутреннего дренирования направлены лишь на декомпрессию кисты ПЖ и при возможности панкреатического протока. При этом не удаляются воспалительные ткани в головке ПЖ, являющиеся причиной болевого синдрома при хроническом панкреатите [5, 12].

А сохраняющаяся панкреатическая гипертензия, вызванная стенозом главного панкреатического протока или белковыми преципитатами, играет далеко не последнюю роль в прогрессировании забивания (ХП) и формирования болевого синдрома [11]. По этой причине

изолированное дренирование ПК не позволяет устранить причину заболевания и купировать в полной мере болевой синдром, что приводит к снижению КЖ пациентов в отдаленном периоде.

Выводы

Полученные нами статистически подтвержденные результаты позволяют рекомендовать резекционные и резекционно-дренирующие операции для лечения больных со сформированными ПК.

Предложенные оперативные вмешательства способствуют улучшению качества жизни и социальной адаптации пациентов.

Литература

Гришин И.Н., Гриц В.Н., Лагодич С.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения. — Минск: Выш. школа, 2009. — 272 с.

Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М: Медицина,1995. — 509 с.

Курыгин А.А., Нечаев Э.А., Смирнов А.Д. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. — СПб.: Гиппократ, 1996. — 144 с.

Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Клиновицкий И.Ю., Комкова Т.Б., Сотников А.А., Ярошкина Т.Н., Штофин С.Г., След Н.Ю. Панкреатит. — М: ГЭОТАР. — Медиа, 2014. — 528 с.

Паклина О.В., Чекмарева И.А., Сетдикова Г.Р., Никитин П.Н., Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилоа М.М. Поражение нервных стволов при хроническом панкреатите // Анн. хир. гепатологии. — 2011. — № 3. — С. 95-101.

Первова О.В., Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Титова Н.М. Возможности антигипоксантной терапии цитофлавином при лечении деструктивного панкреатита // Сибирское медицинское обозрение. -2012. - № 3. - С. 23-27.

Сухоруков А.М., Попов А.Е., След Н.Ю., Попов С.А., Черных А.И. Клинические аспекты профилактических мероприятий по предупреждению гнойных осложнений при деструктивном панкреатите // Сибирское медицинское обозрение. — 2014. — № 87 (3). — С. 55-58.

Шалимов А.А., Грубник В.В., Горовиц Д., Зайчук А.И., Ткаченко А.А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения. — Киев: Здоровье, 2000. — 255 с.

Щастный А.Т. Псевдокисты поджелудочной железы: диагностика, лечение // Новости хирургии. — 2009. — № 17 (1). — С. 143-156.

Apostolou C., Kriger J., Bornman P. Pancreatic pseudocysts // South African Journal of Science, 2006. — Vol 44, \mathbb{N}^2 4. — P. 148-155.

D'Haese J.G., Hartel M., Demir I.E., Hinz U., Btrgmann F., Buchler M.W., Friess H., Ceyhan G.O. Pain sensation in pancreatic diseases is not uniform: The different facets of pancreatic pain // World J Gastroenterol. -2014.- Vol. 20, \mathbb{N}^2 27.- P. 9154-9161.

Nuno-Guzman C., Arroniz-Jauregui J., Gomez-Ontiveros J., Hernandez-Estrada H., Estrada-Castaneda H., Araiza-Navarro J., Esparza-Arias N. Recurrent pancreatic pseudosyst diagnosed 9 years after initial surgical drainage // Journal of the pancreas (JOP). — 2013. — Vol. 12, № 3. — P. 274-278.

Schlosser W., Siech M., H.G. Beger H.G. Pseudocyst treatment in chronic pancreatitis — surgical treatment of the underlying disease increases the long-term success // Dig. Sug. — 2005. — № 22. — P. 340-345.

Wang., Liu X., Wang S., Ge N., Guo J., Liu W., Sun S., Stent displacement in endoscopic pancreatic pseudocyst drainage and endoscopic management // Wor1d J. Gastroenterol. — 2015. — Vol. 21, № 7. — P. 2249-2253.

Zuleta M. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts // Rev Col Gastroen. -2013. - Vol. 28, \mathbb{N}^{9} 3. - P. 183-190.

ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ

АНТИЭРИТРОЦИТАРНАЯ АЛЛОИММУНИЗАЦИЯ ДОНОРОВ КРАСНОЯРСКА И КРАЯ

Н. Г. Филина, В. А. Иванчин, О. А. Борзых, Э. Р. Нечваль, А. В. Максимова Красноярский краевой центр крови № 1

Человеческий организм иммунологически индивидуален в связи с тем, что имеет своеобразный и присущий только ему набор различных антигенных структур, в состав которых входят специфические антигены, свойственные различным клеткам гемопоэза.

Применяемые в трансфузиологии компоненты крови оказывают на организм больного многофакторное воздействие, зависящее как от состава и свойств трансфузионной среды, так и от реакции на них организма. Они вызывают сложный комплекс функциональных, биохимических и морфологических изменений, которые могут быть благоприятными, оказывая лечебное действие или неблагоприятными в виде посттрансфузионных реакций и осложнений.

Несмотря на это, переливание эритроцитов для некоторых категорий больных является основным и практически единственным методом восстановления сниженной газотранспортной функции крови. Сенсибилизация эритроцитарными аллоантигенами, как правило, возникает при проведении длительных курсов заместительной гемокомпонентной терапии, ограничивая тем самым ее эффективность. Донорская плазма, содержащая антиэритроцитарные антитела любой специфичности и активности опасна посттрансфузионными осложнениями у реципиентов и по этой причине не должна использоваться для трансфузий.

Цель настоящей работы — определение индекса сенсибилизации населения региона, проведение анализа распределения донорской аллоиммунизации среди мужчин и женщин, изучение частоты встречаемости аллоиммунных антиэритроцитарных антител среди резус-положительных и резус-отрицательных доноров Красноярска и Красноярского края.

Материалом для данной работы послужили 177 925 образцов крови доноров Красноярского краевого центра крови № 1, исследованной за 2014-2016 гг.

Анализ распределения аллоиммунизации среди резус-положительных и резус-отрицательных доноров-мужчин и доноров-женщин проведен среди 593 образцов крови доноров, имеющих антиэритроцитарные антитела. В качестве метода для скрининга аллоиммунных антиэритроцитарных антител использовался непрямой антиглобулиновый тест гелевыми диагностическими системами Dia Med (Швейцария).

Из 177 925 доноров, обследованных в 2014-2016 гг. 69% (122 768 человек) составили мужчины и 31% (55 157 человек) — женщины. Однако в группе доноров, в плазме которых выявлены аллоиммунные антиэритроцитарные антитела (593 человек), соотношение между мужчинами и женщинами прямо противоположное: 440 женщин (74%) и 153 мужчин (26%).

Очевидно, такое соотношение объясняется тем, что основной причиной иммунизации мужчин являются гемотрансфузии, а у женщин помимо гемотрансфузий еще и беременности. В группе аллоиммуни-

зированных доноров 301 человек (51%) были резус-положительными и 292 человека (49%) — резус-отрицательными.

Аллоиммунизация антигенами эритроцитов как популяционный процесс имеет характерные особенности. Одна из них заключается в том, что ее частота в каждом конкретном регионе представляет собой постоянную величину, подверженную лишь незначительным колебаниям [3]. Индекс сенсибилизации населения (ИС) — отношение числа лиц, имеющих антитела к числу обследованных лиц, выраженное в %. ИС рассчитывается по формуле:

Q = X*100%/N

где Q — частота антител в %, X — число лиц, содержащих антитела, N — общее число обследованных.

Непреложными условиями при расчете ИС населения в регионе должны быть следующие:

- скрининг антител эритроцитами, содержащими не менее 12 антигенов;
 - выборка не менее 5 тыс. исследованных лиц;
 - продолжительность наблюдений не менее трех лет;
 - исключение повторов в выборках по годам;
 - исследование только донорского контингента [3].

Таблица 1 Динамика сенсибилизации доноров Красноярска и Красноярского края в 2004-2016 гг.

Год	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Индекс сенсиби- лизации	0,07	0,09	0,09	0,15	0,6	0,9	1	1	0,9	0,9	0,5	0,3	0,3
Количе- ство обследо- ванных доноров	28 730	39 604	46 7 28	48 984	46 584	57 260	55 781	53 751	54520	58 688	58 888	57 934	61 103

Динамика сенсибилизации доноров (ИС) г.Красноярска и Красноярского края

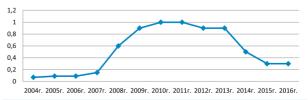


Рис. 1. График изменения ИС доноров Красноярска и Красноярского края в динамике по годам

При сравнительном анализе результатов скрининга антител в 2004-2016 гг. наблюдается существенное изменение индекса сенсибилизации (ИС) доноров Красноярска. В 2004 году для скрининга антиэритроцитарных антител применялся метод конглютинации с 10% желатином, с 2005 года — непрямой антиглобулиновый тест (НАГТ) в классической постановке, с 2007 года —

с использованием гелевой технологии, с 2014 года — фенотипирование минорных антигенов. Увеличение ИС сохранялось на фоне значительного расширения донорского контингента за счет присоединения филиалов и омоложения донорских кадров, а также расширения спектра выявляемых антигенов и соответственно антител.

Таблица 2 Результаты исследований образцов крови иммуносенсибилизированных доноров

параметры	кцк			Ачинск			Канск			Минусинск			Лесосибирск				
	2014r.	2015r.	2016r.	2014r.	2015r.	2016r.	2014r.	2015r.	2016r.	2014r.	2015r.	2016r.	2014r.	2015r.	2016r.	Всего	%
мужчины	38	30	27	12	6	3	8		5	2	3	2	8	4	5	153	25,8
женщины	106	62	59	49	33	27	19	10	11	15	5	13	15	7	9	440	74,2
Rh(+)полож.	72	49	52	28	19	12	14	5	5	7	4	8	12	5	9	301	50,7
rh(-)отриц.	72	43	34	33	20	18	14	5	11	10	4	7	11	6	5	293	49,4
не идентиф.	55	41	45	17	13	12	8	4	8	5	2	7	6	6	10	239	40,1
анти-D	47	24	22	23	16	11	13	3	6	7	3	4	7	2	2	190	31,9
K	2	5	3	2	4	1				1			1			19	3,1
Cw	10	6	2	4			2	1	1	1	1		4	1		33	5,5
М	9	4	2	2	1	2	2			1	2		1			26	4,3
Le a	11	5	3	5	1		2			1		2	4		1	35	5,8
Le b				3												3	0,5
Lu a	1	1	1				1									4	0,6
E	2	4	2		3			2	1			1		1	1	17	2,8
S	1												1			2	0,3
C	1	2	2		1	2										8	1,3
lk a				1										1		2	0,3
DC	3		2	4								1				10	1,6
Кра	1					1										2	0,3
Fy a						1				1						2	0,3
Аутоантитела		2														2	0,3
P1	1															1	0,1
всего антител	144	94	84	61	39	30	28	10	16	17	8	15	24	11	14	593	
Индекс сенсиби- лизации	0,4	0,2	0,2	0,5	0,3	0,2	0,6	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,6	0,2	0,3	0,3	

Как видно из таблицы 2, индекс сенсибилизации доноров, плазма которых содержит антиэритроцитарные антитела, на протяжении трех лет снижался от 0,5 до 0,25%. Такая тенденция характерна и для филиалов ККЦК № 1. Причиной этого могло стать изменение состава доноров (привлечение к сдаче крови первичных и исключение иммунизированных доноров), внедрение в практику трансфузиологии приказов МЗ РФ, регламентирующих подбор трансфузий реципиентам, идентичных по антигенам эритроцитов.

Еще одной особенностью аллоиммунизации как глобального популяционного процесса является ее неравномерность от региона к региону. Так, индекс сенсибилизации населения в Красноярске со-

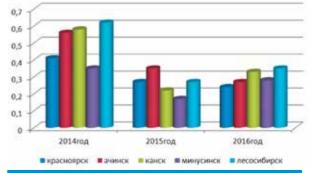


Рис. 2. Гистограмма распределения ИС по филиалам в динамике по годам

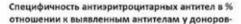
ставил 0,31%, Ачинске — 0,39%, Канске — 0,38%, Минусинске — 0,27%, Лесосибирске — 0,41%.

Но различия несущественны и недостоверны. При сравнении результаты наших исследований сопоставимы с данными литературы [4]. зоны геногеографических стыков (зоны генопенетрации) характеризуются более высоким показателем ИС. Наблюдается тенденция увеличения ИС к северу Красноярского края.

Зоны генопенетрации могут служить источником необычных антител, увеличивают в целом индекс сенсибилизации населения региона и как следствие риск осложнений при оказании трансфузиологической помощи населению.

Таблица 3
Результаты исследования специфичности антиэритроцитарных антител по гендерному признаку

Специ- фичность антител	BCETO	Мужчины, n=153	%	% от иммунизирован- ных мужчин	Женщины, n=440	%	% от иммунизирован- ных женщин
не иденти- фицирова- ные	239	92	38,5	60,1	147	61,5	33,4
анти-D	190	7	3,7	4,6	183	96,3	41,6
K	19	4	21	2,6	15	78,9	3,4
Cw	33	17	51,5	11,1	16	48,5	3,6
M	26	10	38,5	6,5	16	61,5	3,6
Le a	35	15	42,9	9,8	20	57,1	4,5
Le b	3	2	66,7	1,3	1	33,3	0,2
Lua	4	2	50	1,3	2	50	0,4
E	17	1	5,9	0,6	16	94,1	3,6
S	2	1	50	0,6	1	50	0,2
C	8	0	0	0	8	100	1,8
lk a	2	0	0	0	2	100	0,4
DC	10	1	10	0,65	9	90	2,0
Кра	2	0	0	0	2	100	0,4
Fy a	2	0	0	0	2	100	0,4
аутоанти- тела	2	2	100	1,3	0	0	0
P1	1	0	0	0	1	100	0,2



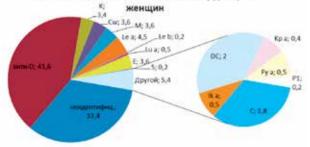


Рис. 3. Специфичность антиэритроцитарных антител у женщин

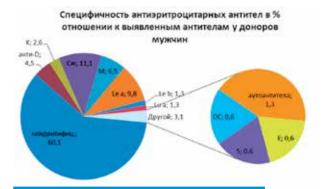


Рис. 4. Специфичность антиэритроцитарных антител у мужчин

Как видно из таблицы 3, среди мужчин превалируют анти-Сw— антитела системы Резус и анти-Lea системы Lewis. Среди женщин— анти-D антитела. Если у женщин наличие анти-D-антител объясняется сенсибилизацией во время беременности и родов, то у резус-отрицательных мужчин иммунизация может быть обусловлена трансфузиями без учета антигенного состава.

Неидентифицированные антитела характерны для обеих групп и соответствуют результатам исследований, полученным в департаменте клинической эпидемиологии Нидерландов в медицинском центре Лейдена [1]. Невозможность их идентификации объясняется наличием комплексных антител, аутоантител и антител к редко встречающимся в популяции антигенам.

По специфичности антиэритроцитарных антител иммуносенсибилизация в большинстве случаев развивается к антигенам D, Cw, E, C системы Pesyc. Среди минорных — Lea системы Lewis, M системы MNS. Таким образом, шкала приоритета трансфузионно опасных антигенов для нашего региона представляется в следующей последовательности:

$D > Le^a > Cw > M > K > E > C$

Данная шкала имеет некоторые отличия от данных литературы [1, 2, 3, 4]

 $D > K > E > c > C^w > C > e > Fya > Le^b$, S, s, Lea, k, P₁, M, N (у доноров, по С. И. Донскову)

$E > K > Ik^a > C^w > M > C$, Fya, e, Le^a, c

(у реципиентов, департамент клинической эпидемиологии Нидерландов в медицинском центре Лейдена).

С 2002 года лаборатория Красноярского центра крови типирует эритроциты доноров по 9 антигенам, с 2014 года — по 20 антигенам. В лечебную сеть выдаются только Келл-отрицательные эритроциты. В ЛПУ согласно приказам МЗ РФ и методическим рекомендациям переливаются идентичные по антигенному составу компоненты крови, что снижает ятрогенную иммунизацию по системе Резус.

Таблица 4
Результаты идентификации анти-эритроцитарных антител по
резус-принадлежности

Специфичность	y Rh(+) лиц	%	y rh(-) лиц	%
не идентифициро- ваны	165	27,7	74	12,4
анти-D	0	0	190	31,9
K	16	2,7	3	0,5
Cw	26	4,4	7	1,2

Специфичность	y Rh(+) лиц	%	y rh(-) лиц	%
М	22	3,7	4	0,7
Le a	34	5,7	1	0,2
Le b	3	0,5	0	
Lua	4	0,7	0	
E	17	2,9	0	
S	2	0,3	0	
C	5	0,8	3	0,5
lk a	2	0,3	0	
DC	0	0	10	1,7
Кр а	2	0,3	0	
Fy a	1	0,2	1	0,2
аутоантитела	2	0,3	0	
P1	1	0,2	0	
всего	302		291	

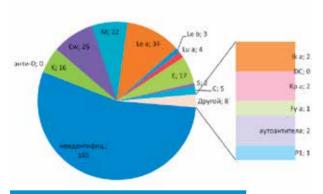


Рис. 5. Аллоиммунизация у Rh(+)положительных доноров

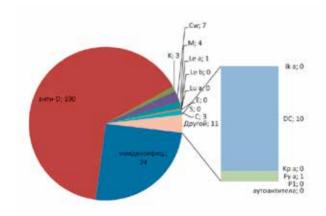


Рис. б. Аллоиммунизация у Rh-)отрицательных доноров

Среди резус-отрицательных лиц чаще встречаются антитела к антигенам D, Cw. Среди резус-положительных — антитела к антигенам системы Pesyc — Cw, E и к антигенам других систем — Lea, M, K. Подбор эритроцитсодержащих среди резус-положительных рецепиентов многие годы осуществлялся без учета антигенов, тогда как резус-отрицательным переливаются только эритроциты с фенотипом ccdee.

Выводы

В группе аллоимунизированных доноров преобладают женщины — 74%, мужчины составляют 26%.

Индекс сенсибилизации зависит от чувствительности метода исследования.

Шкала приоритета трансфузионно опасных антигенов для нашего региона представляется в следующей последовательности:

Аллоиммунизация среди мужчин и женщин различна и влияет на специфичность антител.

Проявляет иммуногенность антиген Cw системы Rhesus и «минорные» антигены.

Частота иммунизации не связана с половой и резус-принадлежностью. Необходимо систематическое тестирование на наличие антиэритроцитарных антител у всех доноров вне зависимости от половой и резус-принадлежности.

Литература

Быстрых О.А., Федорова Т.А., Стрельникова Е.В. Современные принципы безопасности переливания эритроцитсодержащих компонентов донорской крови // Анестезиология и реаниматология. 2013. № 6. С. 57-59.

Донсков С.И., Башлай А.Г., Судейкина Н.Н., Зингерман Б.В. Современный взгляд на концепцию совместимой крови // Вестник службы крови России. 2004. № 1. — С. 15-20.

Донсков С.И., Липатова И.С. Аллоиммунизация антигенами эритроцитов глобальный популяционный процесс // Вестник службы крови России. 2001. № 3. — С. 18-24. Вестник службы крови России. 2006. № 1. — С. 3-6.

Донсков С.И. Как обеспечить безопасность переливания эритроцитов // Вестник службы крови России. 2006. № 1. — С. 3-6.

Жибурт Е.Б., Попова В.И., Иванова И.В., Рейзман П.В. Скрининг анти-эритоцитарных антител и другие практические вопросы иммуносерологии // Трансфузиолгия. 2005. № 4. — С. 72-79.

Липатова И.С. Аллоиммунизация групповыми антигенами эритроцитов (индивидуальные и популяционные особенности). Автореферат диссертации к. м. н. М. 2009. 99 с.

Минеева Н.В. Группы крови человека (основы иммуногематологии). Санкт-Петербург. 2004. — 185 с.

Скудицкий А.Е. Некоторые аспекты антиэритроцитарной аллоиммунизации доноров // Вестник службы крови России. 2005. № 3. — С. 7-8.

Скудицкий А.Е. Исследование аллоиммунных антиэритроцитарных антител в образцах крови доноров, больных и беременных // Гематология и трансфузиология. 2002. № 4. — С. 8. Скудицкий А.Е. Обеспечение иммунологической безопасности при гемотрансфузиях // Российская конференция «Актуальные вопросы службы крови и трансфузиологии». Тезисы докладов. Санкт-Петербург. 1995. — С. 104.

ПЕДИАТРИЯ

УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В СНЕ У УЧАЩИХСЯ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Л.П.Вишневская, Е.Д.Вишневская КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум» МАОУ «Лицей № 6 «Перспектива»

«Если хотите, чтобы у вас был чудесный день, вы должны иметь сначала великолепную ночь» Поль Брегг

Выявлено состояние удовлетворения потребности во сне у учащихся среднего школьного возраста как одного из важнейших факторов здорового образа жизни, а также причины недосыпания в изученной возрастной группе.

Ключевые слова: сон, удовлетворение потребности в сне, сонливость, недосыпание, причины недосыпания.

Многие ученые, которые занимаются исследованиями в области сна, считают, что сон — именно то физиологическое состояние, которое способно предоставить отдых клеткам головного мозга. Изучая явления, происходящие в организме во время сна, они установили его благотворное влияние.

Экспериментально доказано, что во время сна организм не замирает, а восстанавливается после длительного бодрствования. Сон позволяет организму находиться в состоянии относительного покоя, во время которого осуществляется «ремонт» всех органов и систем, восстанавливается энергетический и психологический баланс, налаживается гармония внутреннего мира.

Сон является физиологической необходимостью человеческого организма. Если здоровый человек в течение недели спит менее 7-8 часов в сутки, у него могут начаться гормональные нарушения, наблюдается дисбаланс в работе эндокринной системы. Недостаток сна сказывается на мозговой деятельности, может приводить к депрессивным состояниям и многим заболеваниям.

Достаточный сон является важным моментом режима дня школьника. Именно во сне осуществляются все основные метаболические и клеточные перестройки, определяющие формирование скелета ребенка. У значительной части учащихся отмечается недосыпание. Оно связано с ранним началом занятий в первую смену (8.30 и даже в 8.00) и соответственно ранним подъемом детей, а также с поздним отходом ко сну.

У детей частое недосыпание приводит к гиперактивности и агрессивному поведению. Расстройства в системе организма быстро восстановятся, если человек станет высыпаться. По мнению ученых, сон должен длиться не менее девяти часов. А у детей — 11 и больше. Так что, если вы чувствуете, как слипаются веки, не отказывайте себе во сне. Интересное кино можно посмотреть в другой день. И других предупредите, что воспитанные люди никогда после 20 часов не приходят и не звонят.

Определить время сна, которое нужно именно вам, можете только вы сами, проанализировав собственное состояние. Постоянная сонливость, повышенная утомляемость, рассеянность указывают на то, что выбранная продолжительность сна слишком мала.

Цель исследования

Выявить состояние удовлетворения потребности в сне у учащихся среднего школьного возраста.

Объект исследования

Учащиеся среднего школьного возраста.

Предмет исследования

Удовлетворение потребности в сне учащихся среднего школьного возраста.

Гипотеза

Мы предположили, что потребность в сне у учащихся среднего школьного возраста удовлетворяется недостаточно.

Методика исследований

- 1. Проведение анкетирования учеников VI классов для выявления удовлетворения потребности в сне, используя стандартные тесты Центра сомнологии РФ:
 - анкету качества сна;
- анкету балльной оценки субъективных характеристик сна (модификация анкеты Шпигеля);
 - анкету достаточности сна;
 - шкалу сонливости Эпворта;

а также самостоятельно разработанную анкету причин недосыпания.

- 2. Анализ полученных результатов.
- 3. Формулирование выводов.

Результаты исследований

Исследования проводились среди школьников VI классов.

Проанкетировано 50 учащихся: из них 26 девочек и 24 мальчика.

Результаты представлены в виде диаграмм (рис. 1-5).

По данным анкеты качества сна, только 12% девочек и 8% мальчиков не имеют значимых расстройств сна. В целом по группе респондентов этот показатель составляет 10%.



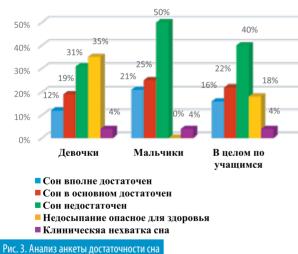
Рис 1. Анализ анкеты качества сна

Нарушения сна носят невыраженный характер, но требуют уточнения у врача-сомнолога: у девочек 69%, у мальчиков — 84%, в целом по учащимся – 76%.

Обследования и лечения у врача-сомнолога требуют нарушения сна у 19% девочек, 8% мальчиков и в целом у 14% учащихся.



Рис. 2. Анализ балльной оценки субъективных характеристик сна



Здоровый сон, по анкете субъективных характеристик сна, имеют 23% девочек, 42% мальчиков и в целом 32% учащихся среднего школьного возраста.

Недосыпание отмечают у себя 58% девочек, 38% мальчиков, в целом по учащимся недосыпают 48% школьников. Неблагополучие в сфере сна наблюдается в целом у 20% учащихся, у девочек этот показатель 19%, у мальчиков — 20%.

По данным анкеты достаточности сна, недосыпание, опасное для здоровья, отмечается только у девочек и составляет 35%. Сон недостаточен как у девочек, так и у мальчиков (31 и 50% соответственно). Клиническую нехватку сна испытывают 4% девочек и 4% мальчиков.

В целом по учащимся удовлетворяют свою потребность во сне только 38% (сон вполне достаточен – 16% и сон в основном достато-4 - 22%) учащихся среднего школьного возраста.

Недостаточное удовлетворение потребности в сне у учащихся среднего школьного возраста подтверждается данными анализа шкалы сонливости Эпворта.

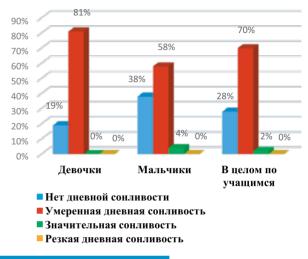


Рис. 4. Анализ шкалы сонливости Эпворта

Дневную сонливость, хотя и в умеренной степени, испытывают 80% девочек и 58% мальчиков, что в целом составляет 70%.

Не испытывают дневной сонливости только 19% девочек и 37% мальчиков (28% в целом).

Значительную дневную сонливость отмечают у себя 4% мальчиков. У девочек этот показатель отсутствует.

Причинами недосыпания, по данным анкетирования школьников, являются (общее количество ответов):

- подготовка к занятиям 24;
- общение в Интернете 19;
- посторонний шум на улице или у соседей 16;
- переживания, связанные с событиями прошедшего дня, 14;
- просмотр телепередач 13;
- занятия спортом 12;
- поздние гости 10;
- проблемы взаимоотношений с друзьями 9;
- дополнительное развитие 9;
- чтение художественной литературы 5;
- боль, связанная с хроническими заболеваниями, 3;
- посещение публичных мероприятий 3;
- проблемы взаимоотношений в семье 3;
- проблемы взаимоотношений с противоположным полом 1.

Таким образом, потребность в сне у учащихся среднего школьного возраста удовлетворяется недостаточно.

- Нарушения сна носят невыраженный характер, но требуют уточнения у врача-сомнолога: у 69% девочек, у 84% мальчиков и в целом у 76% учащихся. Обследование и лечение у врача-сомнолога требуется 19% девочек, 8% мальчиков и в целом 10% учащихся.
- 2. Недосыпание отмечают у себя 58% девочек, 38% мальчиков, в целом недосыпают 48% школьников.

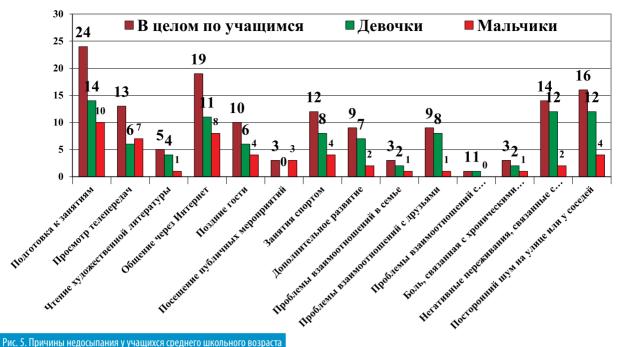


Рис. 5. Причины недосыпания у учащихся среднего школьного возраста

- 3. Недосыпание, опасное для здоровья, отмечено у девочек и составляет 35%. Сон недостаточен как у девочек, так и у мальчиков (31 и 50% соответственно). Клиническую нехватку сна испытывают 4% девочек и 4% мальчиков.
- 4. Недостаточное удовлетворение потребности в сне у учащихся среднего школьного возраста подтверждается данными анализа шкалы сонливости Эпворта. Дневную сонливость, хотя и в умеренной степени, испытывают 80% девочек и 58% мальчиков, что в целом составляет 70% школьников. Значительную дневную сонливость отмечают у себя 4% мальчиков. У девочек этот показатель отсутствует.
- 5. Причинами недосыпания школьников в основном являются (в убывающем порядке): подготовка к занятиям, общение через Интернет, посторонний шум на улице или у соседей, негативные пережива-

Рекомендации по улучшению сна:

- Спальня должна быть затемнена шторами.
- Тишина в спальне важное условие спокойного сна.
- Перед сном комнату надо проветрить.
- Идеальная температура в спальне от 15 до 23 градусов.
- Рекомендуем убрать вещи, накапливающие (книги, ковры).

ния, связанные с событиями прошедшего дня, просмотр телепередач, занятия спортом, поздние гости, проблемы взаимоотношений с друзьями, чтение художественной литературы.

Перекусы, улучшающие сон:

- Вишневый сок или свежая вишня.
- Бананы.
- Йогурт или нежирный творог.
- Индейка, бобовые, яйца.
- Шпинат и другая темно-зеленая зелень, тыквенные семечки, миндаль.
- Кружка теплого молока с медом.

Литература

- 1. Буриков А.А., Шустанова А.Т., Нехороший А.А. Актуальные проблемы сомнологии, VII Всероссийская конференция. — Москва, 2010.
- 2. Ковальзон, В.М. Основы сомнологии. Физиология и нейрохимия цикла бодрствование-сон / В.М. Ковальзон. — Москва: 2014. — 272 с.
- 3. Маркин С.П. Расстройства сна и депрессия // С.П. Маркин, В.А. Маркина. Актуальные проблемы сомнологии, VII Всероссийская конференция. – Москва, 2010. – С. 47.



ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

КОРРЕКЦИЯ РЕМАКСОЛОМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

(экспериментальные исследования и клинические наблюдения)

М. Г. Романцов ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Санкт-Петербург

Резюме

В статье показана эффективная коррекция патогенетических нарушений метаболизма клеток печени на экспериментальных моделях у животных и пациентов с хроническим вирусным поражением печени на модели хронического гепатита С. Представлена эффективность ремаксола как средства профилактики нежелательных явлений, выявленных у больных хроническим вирусным гепатитом С на раннем этапе противовирусного лечения. Отмечено повышение физической активности, улучшение психического состояния, социальной активности и качества жизни больных.

Ключевые слова: метаболические нарушения клеток печени, хронический гепатит C, нежелательные явления, ремаксол, качество жизни.

Вирусный гепатит признается одной из основных проблем здравоохранения. В 2015 году произошло 1,34 миллиона случаев смерти от вирусного гепатита, около 1,75 миллиона человек приобрели НСУ-инфекцию, вызываемую вирусом гепатита С, а общее число людей, живущих с гепатитом С, достигло 71 миллиона человек. У 55-85% инфицированных лиц развивается хроническая НСУ-инфекция, риск развития цирроза печени в течение 20 лет составляет 15-30%, а показатели распространенности колеблются от 1,5 до 2,3% [4].

В Российской Федерации в структуре хронических поражений печени хронический гепатит С (ХГС) занимает лидирующую позицию, достигая 60-65%, показатель заболеваемости составляет 39,26 на 100 тыс. населения. Новые случаи ХГС продолжают выявляться во всех возрастных группах с максимальной частотой регистрации в группе 23-45 лет [3].

Вирусное поражение печени вызывает нарушение метаболических процессов. При хроническом поражении печени развивается тканевая гипоксия, приводящая к нарушению функции митохондрий, истощению запасов АТФ, образованию свободных радикалов, активируя перекисное окисление липидов (ПОЛ). Вирус гепатита С (НСV), вызывая оксидативный стресс, повреждая митохондриальной мембраны, снижает активность ферментных комплексов дыхательной цепи, способствуя развитию тканевой гипоксии [8, 15].

При определении общей стратегии и тактики лечения больных хроническим гепатитом С (ХГС) основное внимание уделяется этиотропному лечению, целью которого является элиминация возбудителя. Другим принципом терапии хронического вирусного поражения печени является патогенетическое лечение, обеспечивающее медика-

ментозную коррекцию метаболических нарушений в печени, включая средства восстановления энергетического потенциала клеток в условиях тканевой гипоксии и средства защиты клеточных мембран от окислительного стресса [1, 5, 9, 12].

По фармакологическим эффектам препаратами выбора для эффективной коррекции нарушений метаболизма клеток печени являются метаболические средства с антигипоксическим и антиоксидантным свойствами. К таким препаратам относится комплексный «гепатопротекторный метаболит» ремаксол, повышающий энергетическое обеспечение и устойчивость мембран гепатоцитов к перекисному окислению липидов (ПОЛ).

Активным компонентом ремаксола является янтарная кислота (сукцинат) — энергообеспечивающий интермедиат цикла Кребса. Комбинация сукцината (янтарной кислоты) с ключевыми коферментами и метаболитами клетки усиливает антигипоксическое действие препарата, повышает скорость анаэробного гликолиза за счет рибоксина, препятствуя отложению в печени молекул нейтральных липидов за счет метионина [7, 13, 16].

Код анатомо-терапевтико-химической (АТХ) классификации препарата ремаксол АО5ВА — гепатотропные препараты. Препарат индуцирует выработку эндогенного адеметионина. Показан при нарушениях функции печени, вследствие острого или хронического ее повреждения (токсические, алкогольные, лекарственные гепатиты).

Фармакотерапевтическая эффективность и безопасность препарата изучена при проведении рандомизированных многоцентровых клинических исследований. Опубликованы статьи, включая материал по метаанализу (Терапевтический архив № 1, 2013) и фармакоэкономике (Клиническая фармакология и терапия, № 1, 2013). Мониторируя безопасность препарата — серьезных нежелательных непредвиденных реакций не зафиксировано. Отмечены предвиденные реакции (указанные в инструкции по медицинскому применению), ЧПР препарата составила 0,006, что расценивается как редкие и очень редкие, не требующие принятия административных мер. По проведенным исследованиям препарат можно отнести к классу доказательности уровня А.

На экспериментальных моделях токсического, лекарственного гепатитов у животных изучена фармакологическая активность ремаксола [1, 13, 16]. Токсическое поражение печени моделировано введением животным (мыши n=49) экстракта грибов, включающего токсины: α/β-аманитины, фаллоидин. Лекарственное поражение печени моделировалось животным (n=41) введением гепатотропного яда — ци-

клофосфана. Для оценки вирусного поражения печени использована модель аденовирусного гепатита (хомячки n=39) [7].

Вирусное поражение печени животных сопровождалось цитолизом. На это указывало повышение активности АлАт (в 9,5 раза) по сравнению с контролем (0,2±0,03 мккат/л). Повышенный уровень процессов липопероксидации (повышение малонового диальдегида (МДА) в 3,3 раза), сниженная активность ферментативного звена внутриклеточной антиоксидантной системы (АОС) (каталаза в 2,4 раза) и сдвиг энергетического метаболизма клеток в сторону анаэробного гликолиза (рост лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в 1,8 раза), свидетельствовали о метаболических нарушениях. Уровень щелочной фосфатазы и тимоловой пробы повышены соответственно в 3,1 и 3,4 раза, при концентрации билирубина, превышающего норму в 2,3 раза. Ремаксол уменьшал число очагов вирусного поражения печени до 4 (от 3 до 5) очагов, а в группе животных без лечения, на фоне прогрессирующего поражения печени, число очагов составило 14,5 (от 11 до 18) на 10 кв. мм плошали среза.

У животных, при токсическом поражении печени, повышена (в 13,6 раза) активность АлАТ (2,45 \pm 0,11) при уровне у интактных животных 0,18 \pm 0,03 мккат/л. Уровень билирубина достиг 7,5 \pm 0,3 против 4, \pm 0,4 ммоль/л (интактные животные), на фоне увеличения ЛДГ в 1,8 раза, тимоловой пробы — в 3,5 раза. В 8,3 раза снижен резерв сульфгидрильных групп и гликогена (в 5,2 раза), при падении уровня восстановленного глютатиона до 51 \pm 7,5 против 136 \pm 7мг%. При индивидуальной динамике показателей наблюдалось снижение (-2,3 ммоль/л) уровня билирубина, цитолиза (-1,84 мккат/л) на фоне терапии ремаксолом.

Анализируя результаты экспериментальных исследований, показано антиоксидантное действие (повышение уровня восстановленного глютатиона, сохранение концентрации сульфгидрильных групп белков в печени, на уровне контроля, стабилизация тиолдисульфидного статуса гепатоцитов). Уровень глютатиона увеличился на +32% под влиянием ремаксола, сохранение его уровня в течение 24 часов связано с метионином, входящим в состав ремаксола.

Повышение активности антиперекисной защиты препятствует повреждению клеток реакционными продуктами метаболизма. Уровень МДА и концентрация диеновых конъюгатов (ДК) у животных без лечения превышали норму в 2,2 раза. Ремаксол снижал в 1,2-1,9 раза уровень МДА и ДК. Снижение (-1,62 ммоль/ч/л) активности ЛДГ связано с «эффектом Пастера» — сдвиг влево финальной реакции гликолиза при достаточном количестве кислорода, что говорит о переходе энергетического обмена на аэробный тип и характеризует антигипоксический эффект ремаксола.

Мембраностабилизирующий эффект ремаксола проявился снижением активности индикаторных печеночных ферментов и сопровождался падением уровня гидроперекисей липидов, а детоксицирующий эффект проявился уменьшением эндогенной интоксикации. Ведущая роль в обезвреживании H2O2 и органических гидроперекисей в условиях перекисного стресса принадлежит глютатионпероксидазе. Падение (в 1,3 раза) активности фермента по сравнению с уровнем фермента интактных животных составило -5.76 мкмоль/гткани.

Таким образом, ремаксол, обладающий гепатотропной активностью, позволил рассматривать препарат как перспективное и эффективное лекарственное средство, для использования в клинике при поражении печеночной паренхимы с целью коррекции метаболических нарушений [11, 12].

В клиническое наблюдение, проводимое нами, включено 138 больных в возрасте от 19 до 58 лет, мужчин 102 (73,9%), женщин 36

(26,1%), средний возраст больных составил 36±6,3 года, с верифицированным диагнозом хронический гепатит С [1].

Основные клинические симптомы ХГС неспецифичны и наблюдаются при хронических заболеваниях печени любой этиологии, а повреждения печени с нарушением метаболизма требуют адекватной патогенетической терапии [8, 14].

У наблюдаемых пациентов выявлен повышенный уровень липопероксидации, проявляющийся увеличением уровня ДК и МДА. Патологический процесс проявился умеренно выраженной активностью у 45% больных по уровню АлАТ, увеличение активности которой составило от 4 до 8N, низкая активность отмечена у 36,4%, а высокая активность проявилась лишь у 18,5% больных. Дисбаланс со стороны белкового обмена проявился снижением уровня альбумина и увеличением фракции у-глобулина с тенденцией к повышению фракций в 1ив2.

У больных хроническим гепатитом С сопутствующие соматические заболевания регистрировались в 92,8% случаев. Симптомокомплекс со стороны желудочно-кишечного тракта в виде диспептического синдромома наблюдался в 28,3% случаев, нарушение пигментного обмена выявлено у 29,7% больных.

У 32,6% пациентов определялась болезненность при пальпации области правого подреберья, гепатомегалия отмечена у 88,4%, а спленомегалия — в 9,4% случаев. Астеновегетативный (слабость, утомляемость, нарушение сна) синдром являлся ведущим и сопутствовал 81,2% больных.

Наблюдаемые пациенты (138 пациентов с хроническим поражением печени) рандомизированы с использованием метода «конвертов»: больным 1-й группы (n=70) вводился раствор ремаксола; пациенты 2-й группы (n=68) получали 5%-ный раствор глюкозы. Больные имели умеренно выраженную и низкую активность вирусного процесса, что составило соответственно 43-47 и 31-39%. Определение генотипа HCV подтвердило преобладание генотипа 1b (51,6%) и генотипа 3а (33,9%). Течение XГС по частоте и выраженности клинических проявлений характеризовалось минимально выраженными признаками.

Индивидуальная динамика показателей, характеризующих функциональную активность печени (таблица 1), показывает, что у пациентов, получавших ремаксол, наблюдалась более быстрое снижение (-9,7 МЕ) γ-ГГТП, против -40,8 МЕ и других показателей по сравнению с пациентами группы сравнения.

Таблица 1 Динамика изменений показателей, характеризующих функциональную активность печени под влиянием проводимой терапии

Группы	Изменение (∆ -дельта) показателя в динамике					
больных,	наблюдения					
Препарат	ГГТП-ү	ЩФ	БИЛ	ЛДГ	АлАТ	AcAT
1-я, n=70,	-79,7	-26,1	-31,9	-169,5	-149,5	-82
ремаксол	±1,4*	±0,2*	±0,9*	±3,1*	±4,1**	±1,1**
3-я, n=68;	-40,8	-7,8	-14,5	+41,7	-22,5	-18,7
Глюкоза	±0,7	±0,08	±0,4	±3,4	±2,2	±0,6

p<0,05*; 0,01** по сравнению с группой контроля (больные, получавшие глюкозу 5% раствор)

Проявление мезенхимально-воспалительного синдрома в зависимости от вида применяемого лечения характеризуется тем, что до начала лечения у больных выявлен умеренный дисбаланс со стороны белковых фракций, проявляющийся падением общего белка, умеренным снижением (в 1,1 раза) уровня альбумина, повышенным (1,3

раза) содержанием фракции ү-глобулина. Увеличение (\pm 3,3 г/л) альбуминов отмечено после лечения ремаксолом на фоне выраженного (\pm 2,4%) снижения ү-глобулина (до 17,9 \pm 0,3) под влиянием ремаксола с отсутствием изменений у больных, получавших раствор глюкозы.

Уровни креатинина, мочевины на протяжении курса терапии не менялись, а частота их повышенных значений была от 0 до 2,1%, без значимых изменений в ходе лечения. Цитолитический синдром (катаболизм нуклеиновых кислот за счет распада ядер гепатоцитов) косвенно характеризует и уровень мочевой кислоты (369-396 мкмоль/л), который соответствовал средним значениям нормы (214-458 мкмоль/л).

В динамике наблюдения отмечался небольшой рост (в пределах значений нормы), что связано с процессами окисления пуриновых азотистых оснований на микросомах (цитохром Р450, НАДФ-зависимые дегидрогиназы), с активацией ферментов дыхательной цепи и увеличением синтеза и потребления макроэргов, прежде всего АТФ, одним из конечных продуктов метаболизма которых является мочевая кислота. Подобного факта у больных, получавших глюкозу, выявлено не было.

Прооксидантную и антиоксидантную системы оценивали с помощью тестов, характеризующих процессы перекисного окисления липидов и активность ферментов (СОД, каталаза), обезвреживающих токсичные продукты ПОЛ. До начала терапии у больных ХГС наблюдалась интенсификация процессов ПОЛ, проявляясь нарастанием концентрации продуктов липопероксидации (МДА и ДК). Антиоксидантная система характеризовалась увеличением активности факторов, обезвреживающих первичные кислородные радикалы — СОД (супероксиддисмутаза) и каталазы в 1,3 и 1,4 раза соответственно.

У больных, получавших ремаксол, наблюдалось снижение активности продуктов липопероксидации (МДА ДК), что стабилизировало процессы липопероксидации за счет повышения активности ферментов СОД и каталазы (рис. 1).

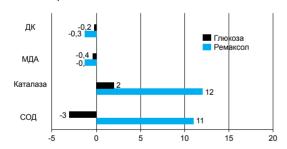


Рис. 1. Динамика изменений показателей, характеризующих активность прооксидантной и антиоксидантной систем, у больных с хроническим поражением печени

У больных, получавших глюкозу, изменение показателей было минимальным, составив по уровню каталазы 1,8, а вот активность СОД снизилась на -3 усл. ед.

Активность ферментов, инактивирующих супероксид-анион радикал и перекись водорода (при введении ремаксола), объясняется антигипоксическим действием препарата, обусловливая рост количества субстрата второго ферментного комплекса (сукцинат) и, как следствие, повышенную «утечку» электронов 3-го ферментного комплекса (коэнзим Q) с образованием субстрата для СОД и каталазы.

Таким образом, помимо реализации положительного антиоксидантного эффекта, данный факт является «свидетелем» антигипоксического действия ремаксола, указывая на активацию аэробных путей метаболизма в митохондриях.

Предшествующий опыт проведения противовирусной терапии больным ХГС показал значение стратегии активной профилактики и фармакотерапии нежелательных явлений (НЯ), которая позволяет повысить безопасность и эффективность противовирусного лечения. В таблице 2 представлены наиболее распространенные нежелательные явления ПВТ хронического гепатита С [2].

Таблица 2
Наиболее распространенные нежелательные явления при противовирусной терапии хронического гепатита С

Наименование явления	%
Астения	54
Головная боль	47
Лихорадка	43
Миалгия	42
Бессонница	37
Тошнота	29
Алопеция	28
Артралгия	27
Озноб	24
Раздражительность	24
Депрессия	22
Дерматит	21
Анорексия	21

Долгое время считалось, что развитие нежелательных явлений ставит под угрозу состояние больного, требуя немедленной модификации доз противовирусных препаратов или отмены терапии. В то же время раннее купирование нежелательных явлений противовирусной терапии уже в начале лечения позволяет улучшить качество жизни больных и повысить приверженность больных к лечению.

Изучена клиническая эффективность ремаксола в коррекции нежелательных явлений противовирусной терапии ХГС [2]. Проведен частотный анализ развития нежелательных явлений у 60 пациентов с хроническим гепатитом С в возрасте 21-57 лет (средний возраст пациентов составил 32,11±0,75 года), ранее не получавших противовирусного лечения (Пег-ИНФ и рибавирин). Среди пациентов преобладали лица со сроком заболевания около 5 лет (64%).

Больные рандомизированы методом случайных чисел на две группы. В первой, основной группе 30 пациентам, помимо ПВТ, в состав лечения был включен ремаксол. Вторую, контрольную группу составили 30 больных, получавших ПВТ и симптоматическую терапию.

Ремаксол вводили согласно инструкции по медицинскому применению. Эффективность препарата оценивали по степени выраженности и динамике проявлений нежелательных явлений противовирусной терапии.

У 91,6% пациентов на 2-3 сутки от начала противовирусного лечения появились лихорадка до 39°С, головная боль, озноб; жалобы на утомляемость, выраженную слабость предъявляли 95% пациентов; 63,3% больных отметили тошноту, иногда рвоту, отсутствие аппетита, тяжесть в эпигастрии. Указанные симптомы были расценены как проявление нежелательных явлений ПВТ (гриппоподобный, астенический и диспепсический синдромы).

После курса терапии ремаксолом проявления гриппоподобного синдрома значительно уменьшились и не требовали назначения жаропонижающих средств у 66,6% и на прежнем уровне отмечались у

23,4% пациентов, тогда как у больных 2-й группы прежние жалобы сохранялись в 93,3% случаев (p<0,05) (рис. 2).

Проявления астенического синдрома у пациентов 1-й группы сохранялась в 50%, у больных 2-й группы — в 93% случаев (p<0,05).



Рис. 2. Влияние ремаксола на частоту нежелательных явлений противовирусной терапии у пациентов с хроническим вирусным гепатитом C. (%); – p<0.05

Диспепсический синдром у больных 1-й группы отмечали в 23,3%, что достоверно меньше (p<0,05), чем у пациентов 2-й группы (66,6%).

Таким образом, стандартная противовирусная терапия хронического гепатита С сопровождается развитием нежелательных явлений. Включение ремаксола в комплексную терапию больных хроническим гепатитом С в начале противовирусного лечения приводит к улучшению общего состояния больных, уменьшению (в 1,5-3 раза) проявлений нежелательных реакций.

Необходимо отметить наличие психоневрологических дисфункций, проявляющихся снижением внимания у (49,3%) больных, нарушением сна у 23,9% пациентов, у 5,8% наблюдаемых — эмоциональная лабильность и подавленность. Выявлено и «снижение психической активности», характеризующейся физической слабостью, повышенной истощаемостью, раздражительностью, снижением продуктивности психических процессов, расстройствами сна и вегетативно-соматическими нарушениями; выраженная тревожность и депрессии затрудняли продуктивный контакт с окружением, характеризуя синдром «умеренно выраженной астении».

В связи с этим была проведена оценка качества жизни (тест SF=36) [6, 10] пациентов, получавших ремаксол. После окончания терапии показано улучшение (на +7,6 балла) физической активности, увеличился на +6,8 балла характеризующий показатель психического здоровья. Социальная активность больных увеличилась на +6,27 балла. составив 45.8.

Удовлетворительный психосоциальный статус пациентов после лечения отмечен у 68,5% больных, максимальное улучшение наблюдалось в 85,2% случаев по шкале социализация личности, а у 80% больных по шкале вербальные коммуникации. На улучшение внимания, памяти указали 71% пациентов, показано уменьшение (-0,53) выраженности дисстресса до 1,29 с 1,82, неуверенности в социальных контактах, тревожности, депрессивности.

Таким образом, на экспериментальных моделях развития поражения печени, инициирующих повреждение гепатоцита разным этиологическим воздействием, охарактеризованы гепатопротективные свойства ремаксола. Показано влияние на ферментное звено антиоксидантной системы при хроническом поражении печени.

Клиническая эффективность ремаксола обеспечивается гепатопротекторной активностью, проявляющейся снижением цитолиза, холестаза, подавлением процессов липопероксидации, стабилизацией ферментов первой линии (СОД, каталаза) антиоксидантной защиты, а также повышением физической активности, улучшением психического состояния, уменьшая выраженность дистресса, тревожности, депрессии социальной активности больных, повышая их качество жизни.

Литература

- 1. Александрова Л.Н., Суханов Д.С., Коваленко А.Л., Саватеева Т.Н., Романцов М.Г. Эффективность сукцинатсодержащих препаратов при хронических диффузных поражениях печени. Социально значимые инфекции // Материалы международной конференции СПбГМА им. И.И. Мечникова, посвященной 100-летию академии. Санкт-Петербург. 2007. 29-31.
- 2. Баранова И.П., Зыкова О.А., Краснова Л.И., Романцов М.Г., Никольская М.В., Афтаева Л.Н. Ремаксол в коррекции нежелательных явлений противовирусной терапии хронического гепатита С // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2013. 11. 44-46.
- 3. Готье С.В. Трансплантация печени: современное состояние проблемы // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2008. Т. 3.№ 3. С. 9-17.
- 4. Глобальный доклад BO3 о гепатите 2017 г. (WHO Global hepatitis report, 2017).
- 5. Ивницкий Ю.Ю., Головко А.И., Сафронов Г.А. Янтарная кислота в системе средств метаболической коррекции функционального состояния и резистентности организма. СПб. 1998. 81 с.
- 6. Коваленко С.Н., Романцов М.Г., Сологуб Т.В. Оценка качества жизни больных инфекционного стационара. Санкт-Петербург. 2005. 102 с.
- 7. Коваленко А.Л. Фармакологическая активность оригинальных лекарственных препаратов на основе 1-дезокси-1(N-метиламино)-D-глюцитола: Автореф. дис. ... д-ра биол. наук. СПб., 2005. 48 с.
- 8. Козлов В.К., Радченко В.Г., Стельмах В.В. Метаболические корректоры на основе янтарной кислоты как средства патогенетической терапии при хронических вирусных гепатитах. Реферативный сборник экспериментальных и клинических научных работ, процитированных в PubMed. Л.Г. Горячева (ред.), Санкт-Петербург. 2012. 46-51.
- 9. Кожока Т.Г. Лекарственные средства в фармакотерапии патологии клетки. М., 2007. 136 с.
- 10. Кремень Н.В., Агаева С.Г., Александрова Л.Н. Качество жизни и психологические особенности больных с хроническим поражением печени // Фармакотерапевтический альманах. 2009. 3. 69-76.
- 11. Оковитый С.В. Клиническая фармакология антигипоксантов // Фарминдекс-практик. 2005. 6. 30-39.
- 12. Оковитый С.В., Суханов Д.С., Романцов М.Г. Гепатотропные средства: современное состояние проблемы // Терапевтический архив. 2012. Т. 84. № 2. С. 62-68.
- 13. Петров А.Ю., Коваленко А.Л., Романцов М.Г. Антиоксидантная терапия как компонент лечения воспалительных процессов в печени // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. 2004. 4. 152-153.
- 14. Раков А.Л. Применение гепатопротективной терапии при лечении хронических заболеваний и поражений печени. М., 2006. 22 с.
- 15. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Шульдяков А.А., Бизенкова М.Н. Подходы к лечению поражений печени в практике клинициста (клинический обзор). Санкт-Петербург. 2011.
- 16. Сосина Т.Е., Подопригорова В.Г., Цыганкова Г.М. Влияние сукцината на процессы перекисного окисления липидов в динамике регенерации печени // Вестник Санкт-Петербургской государственной медициской академии им. И.И. Мечникова. 2004. № 3. 56-60.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

НАПРАВЛЯЙТЕ ПАЦИЕНТОВ В ШКОЛУ ВЗК

М.В.Песегова, К.И.Чикинева, Н.Ю.Брудская, И.В.Путинцева, И.В.Демко, Е.С.Кублик, Е.С.Минеева КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Аутоиммунные заболевания, к которым относятся воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), были и остаются одной из наиболее серьезных вопросов в современной гастроэнтерологии и представляют серьезную медицинскую и социальную проблему.

К группе воспалительных заболеваний кишечника относят язвенный колит и болезнь Крона. ВЗК представляют собой хронический процесс, характеризующийся деструктивным неспецифическим иммунным воспалением стенки кишки и локализующийся в любом отделе желудочно-кишечного тракта.

Клинические проявления при хронических воспалительных заболеваниях кишечника значительно зависят от того, какая его часть вовлечена в патологический процесс. Пациенты с язвенным колитом или болезнью Крона часто могут отмечать диарею с кровью, болезненные позывы на дефекацию (тенезмы), боли в животе, общую слабость.

Также могут быть внекишечные проявления, такие, как артрит, поражение глаз (эписклерит и увеит), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), мочевых путей (в почках могут образовываться оксалатные камни), склерозирующий холангит, анемии и нарушение коагуляции крови.

Количество пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника непрерывно растет, и, по оценочным данным, в мире насчитывается около 5 млн пациентов, а в РФ может насчитываться более 500 тыс. человек с ВЗК. Заболевание чаще возникает в молодом возрасте (20-40 лет), а у четверти пациентов до 20-летнего возраста. Также характерна ранняя инвалидизация пациентов молодого трудоспособного возраста, у 15-25% больных это происходит в первые пять лет болезни.

Такие осложнения, как кровотечение, кишечная непроходимость, свищи и стриктуры, могут приводить к необходимости хирургического вмешательства. Зачастую диагноз устанавливается только на операционном столе. Хроническое воспаление ведет к нарушению переваривания и всасывания питательных веществ, в результате чего в крови снижается уровень микроэлементов, глюкозы, белка, витаминов.

Особенности клинических проявлений значительно ухудшают качество жизни пациентов, а также приводят к изменениям в психо-эмоциональной сфере, что, в свою очередь, не может не влиять на клиническое течение ВЗК. Именно поэтому столь велика роль не только рациональной терапии заболевания, но и создание между врачом и пациентом доверительных отношений, а также психо-эмоциональная поддержка.

С декабря 2016 года в краевой клинической больнице начала работу первая в Красноярском крае Школа для пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (Школа ВЗК) на базе отделения гастроэнтерологии и при участии кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Хочется отметить, что подобные школы уже успешно проходят во многих городах России — Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Челябинске, Воронеже, Казани и имеют многочисленные положительные отзывы пациентов. Теперь и у жителей Красноярского края есть

возможность получить более подробную информацию о воспалительных заболеваниях кишечника.

За год Школу посетили 23 пациента из Красноярска и районов края. В рамках первой школы ВЗК были рассмотрены общие сведения о воспалительных заболеваниях кишечника, возможности достижения и поддержания ремиссии, современном лечении и даны некоторые полезные советы пациентам.

Актуальность темы занятия была подтверждена живым интересом аудитории: пациенты вели активную дискуссию, задавали много интересующих их вопросов. Слушатели школы имели возможность:

- получить важную информацию о своем заболевании: причины, фазы течения, признаки обострения, возможные внекишечные проявления;
- получить полезные рекомендации по профилактике обострений: необходимость постоянной терапии, регулярного проведения колоноскопии, контроля лабораторных показателей и наблюдения у врача;
- узнать некоторые полезные советы по самостоятельному контролю симптомов, коррекции диареи, возможности физической активности, беременности;
- ознакомиться с возможностями современной терапии (был предоставлен перечень всех лекарственных средств с расчетом стоимости месячного курса лечения по данным аптек Красноярска согласно российским стандартам);
- получить методические материалы по заболеванию, памятку по подготовке к обследованиям, дневник для контроля питания;
 - проконсультироваться с врачом-гастроэнтерологом.

Школа проводится в актовом зале главного корпуса краевой больницы. Посещение по предварительной записи по телефону 8 (391) 220-15-51. Приглашаются пациенты с данным диагнозом и их родственники.



Литература

- 1. Сайт Европейской федерации болезни Крона и ассоциации язвенного колита. http://www.efcca.org
- 2. Проект Центра детской гастроэнтерологии Морозовской ДГКБ и Общества родителей детей, больных язвенным колитом и болезнью Крона. http://qastromoroz.ru/o-proyekte/
- 3. Воспалительные заболевания кишечника под редакцией Воробьева Г.И., Халифа И.Л., 2008 г., с. 3-21.



Om Exanimo Om Oyuuu

К 75-ЛЕТИЮ БОЛЬНИЦЫ

ИРИНА ТАРСКИХ: «НА ОПЕРАЦИИ ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО Я УПАЛА В ОБМОРОК»

Торжество по случаю юбилея краевой больницы собрало десятки ветеранов, но не все смогли ответить на приглашение: люди преклонного возраста возле экранов телевизоров переживали свою профессиональную молодость.

К врачу-физиотерапевту, 94-летней Ирине Михайловне Тарских, и ее прекрасному мужу Михаилу Константиновичу мы пришли сами, чтобы услышать из первых уст, какой была краевая в 1950-е.



Ирина Михайловна родилась в Рыбинском районе в интеллигентной семье: мама работала зубным врачом, отец — бухгалтером.

Папы Ирина лишилась подростком. Она спала, когда в 1937 году к ним ночью пришли люди в форме. Девочку разбудили: под матрасом искали «улики». Папу увели, и больше семья его не видела.

Жизнь переменилась — мама много работала, чтобы прокормить двоих детей, дочка уже после 7-го класса трудилась весовщиком на фабрике.

Еще в школе Ирина познакомилась с будущим мужем, светловолосым мальчиком, который привлек ее внимание абсолютно мужским поступком. Школьники шли в клуб, Ира вертела на пальце ключ от квартиры и уронила его куда-то в темноту.

Ребята пытались найти, но быстро оставляли бесполезное занятие и торопились в клуб. Один Миша Тарских не бросил девочку, до последнего пытался найти потерю.

Так вышло, что именно Ирине пришлось провожать Мишу вначале в авиационное училище, потом на фронт. Они даже не целовались еще, просто школьные друзья, хотя свыше Кто-то уже приметил эту симпатичную пару и приготовил для молодых людей невероятное будущее — 72 года совместной жизни.

С костями нельзя!

В 1942-м Ирина стала студенткой института железнодорожного транспорта.

— Я сидела на лекциях по высшей математике и ничего не понимала, — вспоминает Ирина Михайловна.

Осенью открылся набор студентов во вновь созданный медицинский институт. Ирина взяла аттестат с одной четверкой и пошла к зданию на Горького. Она стояла у двери, когда мимо прошел мужчина и распахнул дверь перед нерешительной девушкой. Это был ректор Озерецкий. Но узнала об этом Ирина потом, а тогда изумилась панораме первого этажа: он был заставлен раскладушками и заполнен людьми в военной форме — эвакуированными сотрудниками Воронежского и Ленинградского медицинских вузов. Там они жили, прямо в корпусе.

Тут же находился столик приемной комиссии. Ирину взяли в вуз без экзаменов — благодаря прекрасному аттестату. И сразу отправили на работу. Новоиспеченные студенты делали ремонт в школе № 19, а потом таскали бревна из Енисея, готовились к зиме.

— Я была в туфлях, ноги промокали, но ни разу не заболела, — говорит Ирина Михайловна.

Занятия начались в октябре. Анатомию у первого набора вел легендарный Привес. Для лучшего запоминания — в стихах!

Вечером в военном Красноярске не было электричества, только в нескольких зданиях не отключали. Из библиотеки студенток гнали с учебниками и костями, зато гостеприимно принимала партшкола (нынешнее здание сельхозинститута на Мира). Девчонки раскладывали кости по подоконникам и зубрили самый важный медицинский предмет.

Встреча с Войно-Ясенецким

Ирина Михайловна рассказывает:

— Это произошло на третьем курсе, осенью 1944 года. У нас была хирургическая практика в военном госпитале № 986 на углу Мира и Перенсона. Мы прошли в халатах и масках в операционную. На столе лежал молодой солдат, медсестра в углу готовила инструменты. Открылась дверь, и в проеме показался огромный хирург с поднятыми, уже обработанными руками. Прежде чем зайти в операционную, он перекрестился. Мы, юные комсомольцы, остолбенели. Мужчина подошел к солдату и спросил: «Как тебя зовут?». Мальчик ответил: «Сергей». Хирург пообещал: «Ногу тебе оставлю», и еще раз перекрестил— на этот раз больного.

В воздухе пахло эфиром. Полуголодная Ирина потеряла сознание. Ее вынесли из операционной.

Это была единственная встреча с великим врачом, но о Святом Луке часто говорила однокурсница Ирины Михайловны Нина. Ее, дочь репрессированных ленинградцев, еще в детстве забрала из детдома Сусанна Степановна, набожная женщина, дочь последнего красноярского градоначальника Потылицина.

— Сегодня к вечернему чаю у нас будет профессор Войно-Ясенецкий, — говорила Нина. Она никогда не пропускала эти встречи.

Мы задали Ирине Михайловне вопрос: бывал ли Святой Лука в нашей больнице? Увы, доктор Тарских никогда об этом не слышала.

Краевая 1950-х

Путь к краевой больнице у доктора Ирины Тарских составил шесть лет. За это время произошли ключевые события: в 1945 году Ирина и Михаил поженились, молодой доктор после окончания вуза работала инфекционистом в родном Рыбинском районе, в 1947 году у супругов родилась дочка. И только после рождения ребенка молодая семья воссоединилась в Красноярске.



Произошло это благодаря Михаилу Константиновичу. Бывший военный летчик служил старшим штурманом красноярского аэропорта. Однажды ему повезло встретиться с заведующим крайздравом. Тут он и попросил перевести жену с малышкой в Красноярск.

Кстати, Михаил Тарских был плотно знаком по работе с легендарным начальником санавиации Вениамином Львовичем Ароновым и очень его уважал.

— Аронова я вначале услышал, а потом увидел, — вспоминает Михаил Константинович. — Вениамин Львович громко ругался и доказывал моему начальству важность санавиации. «Вы понимаете, что такое — не выполнить санзадание?!» — кричал Аронов.

С одной стороны, он был прав: в крае остро не хватало аэродромов, самолетов, и с летными кадрами была проблема. С другой — наши летчики были все фронтовики, и они могли оценить риск работы на неподготовленных посадочных полосах. В конце концов, и Аронов, и авиаторы добились своего: в крае, во всех райцентрах, отстроили нормальные аэродромы.

А с Вениамином Львовичем Тарских очень подружился — он был замечательный человек, хоть и шумный, но очень душевный.

В Красноярске Ирина Михайловна работала на «скорой», затем заведовала здравпунктом в ремесленном училище, и вот там поняла, что хочет в большую медицину.

На работу в краевую больницу Ирину Тарских в 1953 году принимала начмед Ревекка Ананьевна Браницкая. Она отвела ее в неврологическое отделение к знаменитому Шецеру. Марк Шецер после недолгой беседы попросил Ирину Михайловну написать несколько слов на листке бумаги, посмотрел и остался доволен: почерк разборчивый. Шецер крайне щепетильно относился к заполнению историй болезни.

Работа невролога была мобильной — врачи постоянно вылетали в районы, поэтому с рождением второго ребенка, сына, Ирина Михайловна перешла на менее интенсивную работу — физиотерапевтом.

— Первое время я часто приходила в неврологию, у меня там оставались больные, и коллектив родной, — вспоминает Ирина Михайловна. — Но вот что удивительно: стоило мне покинуть новое рабочее место, тут же появлялась Ревекка Ананьевна и строго приказывала вернуться. Она держала под контролем всю больницу и умудрялась находиться одновременно во всех местах.

Браницкая действительно была уникальным начмедом. Коллектив шутил: «Отправьте Ревекку Ананьевну в санаторий, и мы все, тысяча человек, отдохнем по одной путевке».

Сологуб, главный врач, в отличие от Браницкой, был человеком сдержанным. По воспоминаниям Ирины Тарских, он ни на кого ни разу не повысил голоса, а если нервничал — закуривал, и руки его дрожали.

Он любопытно проводил обходы: приходил в отделение, просто какое-то время стоял в коридоре. И все ему становилось ясно.

Тем не менее, Владимир Константинович о больнице знал все, включая самые мелкие подробности. У него был преданный источник информации — ночной сторож Макар Адамчук. Этого человека на деревянном протезе недаром называли «ночным главным врачом». Он видел и контролировал все — перемещения сотрудников, их гостей, все звонки были также на слуху Адамчука, у него на столе стоял телефон. Сологуба он держал в курсе происходящего.

Почти век

Ирина Михайловна Тарских работала со многими известными докторами — педиатрами Крутянской, Зыряновой, профессором Рапопортом, которого главный врач в шутку называл рАпопорт, знала профессора Брусиловского, талантливого реаниматолога Алехину и многих-многих коллег эпохи Сологуба.

Ирина Михайловна все-таки полюбила физиотерапию и свой кабинет, напоминающий дендрарий, — нигде в больнице не было столько цветов. Она никогда не забудет коллегу — Анну Березовскую, физиотехника, ветерана больницы с 1940 года. Доктор Тарских была внештатным физиотерапевтом крайздрава и, конечно, помнит все этапы своей врачебной практики.

— Вдумайтесь, я прожила почти век, — говорит Ирина Михайловна. — Медицина за это время абсолютно изменилась, выросли новые поколения врачей. Но я рада, что моя судьба связана с краевой больницей — самой важной, самой главной больницей Красноярского края.

Супруги Тарских живут в удивительно уютной квартире, в сталинском доме на проспекте Мира. Там все сохранилось, как полвека назад, в 1960-е, когда Михаил Константинович стал летчиком полярной авиации, хорошо зарабатывал и приобретал для семьи прекрасную инкрустированную мебель.

Так они и живут — заботятся друг о друге, любят, вместе радуются и горюют. Два года назад они потеряли сына — доктора медицинских наук, патофизиолога Михаила Тарских. Сегодня очень помогают внуку — 12-летнему Алеше.

Мы подарили Ирине Михайловне и Михаилу Константиновичу юбилейную книгу о краевой клинической больнице. О больнице, которая дорога не только врачу, но и летчику Тарских, потому что он трижды ложился на операционный стол, и его возвращали к жизни наши замечательные врачи.

Елена Семенова



Через 72 года Ирина Михайловна и Михаил Константинович очень нежнь друг с другом

ВРАЧЕБНЫЕ ИСТОРИИ

МИХАИЛ ДРАЛЮК:

«МЫ ДЕЛАЛИ КАТЕТЕРЫ ИЗ ПРЕЗЕРВАТИВОВ»

Профессор-нейрохирург, представитель прекрасной врачебной династии Михаил Дралюк решил поделиться с нами воспоминаниями. Это маленькие рассказы о запомнившихся клинических случаях, трудных и счастливых моментах многолетней хирургической практики.

Предлагаем вашему вниманию выдержки из рукописи, которая, возможно, станет книгой.

Драма в лифте

В августе 1974 года я приехал учиться в клиническую ординатуру в Ленинградский НИИ нейрохирургии им. проф. А. Л. Поленова.

В первый же день учебы ко мне подошел главный врач института и попросил продежурить сутки. Я перепугано пояснил, что никогда не работал нейрохирургом. Он сказал, что со мной будет дежурить ответственным врачом опытный нейрохирург.

Начали дежурить, стали поступать больные с тяжелой и очень тяжелой черепно-мозговой травмой. На очередной вызов в приемный покой пришел я один (первый нейрохирург был в операционной) и увидел агонирующего больного. Я понимал, что срочно нужна интубация трахеи и перевод больного на искусственную вентиляцию. Так как все были заняты, а действовать надо было быстро, больного в реанимацию повез я.

Институт находился в старом здании со старым лифтом. Я закатил туда каталку с больным и нажал на кнопку нужного этажа. Лифт немного проехал и застрял. Кнопка вызова дежурного не работала.

Через некоторое время дыхание больного остановилось, исчез пульс. Я колотил в дверь и кричал, но здание было с хорошей звукоизоляцией, и меня никто не слышал. Попытки дыхания рот в рот и закрытый массаж сердца успехов не принесли.

Потом меня открыли, была планерка, где мне досталось за всех. На вскрытии оказалась черепно-мозговая травма, абсолютно не совместимая с жизнью, но свое я уже получил.

Спичка

В 1974 году я второй год учился в клинической ординатуре Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А. Л. Поленова.

Каждому клиническому ординатору было положено несколько бесплатных ночных дежурств в месяц. Дежурили по двое докторов: один ответственный дежурный из постоянных сотрудников института, второй клинический ординатор. В те сутки я дежурил вторым.

Поступил молодой человек после удара тупым предметом в левый висок.

При поступлении контакта с больным нет. Кома 1-й степени (8 баллов по шкале Глазго). У больного прямо на глазах в течение первого часа наблюдения нарастали анизокория (расширение зрачка на стороне травмы) и брадикардия (уреженные пульса).



Компьютерных томографов тогда не было. На обзорных рентгенограммах черепа выявлен перелом левой височной кости с переходом на основание черепа через борозду средней оболочечной артерии. Все перечисленные симптомы указывали на внутричерепную гематому, причиной которой был травматический разрыв левой средней оболочечной артерии.

Так как состояние больного быстро ухудшалось, он был взят в операционную. После наложения фрезевого отверстия на черепе в месте выхода левой средней оболочечной артерии из костной борозды была обнаружена внутричерепная гематома между костью и твердой мозговой оболочкой. С помощью специальных кусачек фрезевое отверстие расширено до 5x5 см.

После удаления электроаспиратором сгустков крови с основания черепа стала обильно поступать алая артериальная кровь. Было понятно, что поврежден основной ствол средней оболочечной артерии у



остистого отверстия. Бивший оттуда фонтан крови затруднял какие-либо хирургические действия.

Отчаявшись, я пальцами левой руки через твердую мозговую оболочку сдвинул все содержимое полости черепа к средней линии. При этом между костью и твердой мозговой оболочкой образовалась щель шириной примерно 1,5 см. Через эту щель было видно, как из остистого отверстия (через него проходила линия перелома) бьет фонтаном кровь. Несколько попыток залепить это отверстие нейрохирургическим воском не увенчались успехом — воск просто выталкивало кровью. Пульс и давление пострадавшего стали падать.

Кровь для переливания надо было заказывать на станцию, на что ушел бы не один час. Понимая, что время с каждой секундой уходит, я на какой-то интуиции попросил анестезиолога обмакнуть в спирт спичку (благо тогда все курили) и фрагментом этой спички затампонировал остистое отверстие вместе с кровоточившей артерией. Кровотечение остановилось.

После зашивания операционной раны больной был переведен в реанимационное отделение с артериальным давлением 70 и таким же гемоглобином. После восполнения объема циркулирующей плазмы, а затем и крови на третьи сутки он пришел в сознание.

На следующие же сутки после операции мне объявили выговор за грубое нарушение стерильности, установку в голову несертифицированного инородного тела и за кровопотерю. Но, на мое счастье, в это время в институте заместителем директора работал капитан первого ранга ВМФ военно-медицинской службы в отставке профессор Шустин. Будучи участником Великой Отечественной войны, он не понаслышке знал о подобных повреждениях и трудностях оказания медицинской помощи при них.

Почитав историю болезни, он вызвал меня к себе и после подробных расспросов заменил выговор на благодарность.

Это была первая моя благодарность, занесенная в трудовую книжку.

Мишенька

В начале 1980-х я смотрел молодую девушку с выраженным нарушением равновесия (раньше занималась танцами) и сложным нистагмом (биение глазных яблок при взгляде вверх и в стороны).

На глазном дне — осложненные застойные диски зрительных нервов. Это признак значительного повышения внутричерепного давления. При вентрикулографии (компьютерной и МР-томографии тогда не было) обнаружено значительное расширение мозговых желудочков с блоком на уровне нижних отделов мозгового водопровода.

С диагнозом опухоль задней черепной ямки взята в операционную. Обнаружено резко выбухающее дно ромбовидной ямки в полость четвертого желудочка. Произведена пункция выбухающего участка ствола головного мозга, и на глубине 0,5 см получен гной. Пункционный канал минимально расширен, ревизована полость гнойника, который находился в зоне жизненно обеспечивающих структур ствола мозга. Гной аспирирован, полость промыта.

После операции девушка проснулась, неплохо дышала, неврологических дефектов было мало. Однако когда утром следующего дня я зашел в реанимационную палату, увидел больную без сознания на управляемом дыхании, с широкими зрачками, практически в атонической коме. Дежурный реаниматолог сказал, что под утро была остановка дыхания и сердечной деятельности. Сердце удалось запустить, дыхание не восстановилось.

Срочно повторно взята в операционную. В зоне предыдущего вмешательства, кроме отечного мозга, ничего не обнаружено. Для

уменьшения внутричерепного давления в передний рог бокового желудочка установлен катетер для снижения внутричерепного давления посредством эвакуации избыточной спинномозговой жидкости.

В таком тяжелом состоянии больная находилась две недели. Была наложена трахеостома. Проводилось постоянное снижение внутричерепного давления и противовоспалительная терапия.

К концу второй недели вернулось сознание, потихоньку задышала сама. На второй неделе из бокового желудочка удален катетер, на третьей неделе удалена трахеостомическая трубка. Затем был длительный реабилитационный период.

Откуда взялся абсцесс в стволе головного мозга у молодой девушки, не установлено.

Через несколько лет пациентка и ее муж принесли показать мне грудного ребенка и сказали, что это Мишенька.

Такого в моей практике не было ни до, ни после.

Сейчас она работает, жалоб минимум, Мишенька взрослый.

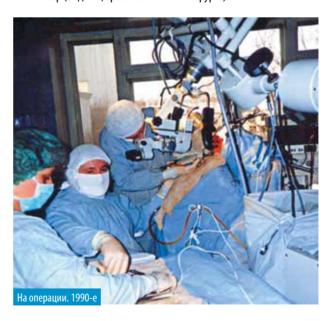
Травмоопасная скорая

Меня пригласили в одну из городских больниц к пациенту в реанимационном отделении. Поскольку там не было компьютерной томографии, я взял с собой стерильный ангиографический набор. Из-за тяжести состояния пациента операция предполагалась на месте.

Со мной напросилась ехать молодая докторша. Прислали машину скорой помощи. Как мужчина я предложил докторше сесть на удобное место рядом с водителем, но она отказалась и уселась в салоне. Я из солидарности полез вслед за ней.

По дороге наша машина на приличной скорости обгоняла грузовик. Он резко затормозил, и скорая со всего маха врезалась ему в кузов. Пассажирское место, где, по идее, должен был сидеть я, — всмятку. Молодая докторша чудесным образом спасла мне жизнь, а ведь могла вообще не ехать. Сама она во время ДТП сидела спиной к водителю, а после столкновения оказалась у него на коленях лицом к нему.

Я сидел сзади, и так как ремни безопасности в машине скорой помощи не предусмотрены, перелетел через салон и на полкорпуса вылетел через лобовое стекло. Естественно, потерял сознание. Когда очнулся, понял, что держу над головой стерильный ангиографический набор (видимо, сработал инстинкт хирурга).



Все в крови, с ранами на голове и в других местах мы прибыли в больницу. Был ужас на лицах встречающего медицинского персонала, но мы сказали, что работать можем и после перевязок приступили.

Через пункцию сонной артерии на шее ввели контрастное вещество в сосуды головного мозга (каротидная ангиография), увидели их деформацию в задних отделах правой лобной доли с распространением на мозолистое тело. Из-за тяжести состояния больного решили оперировать немедленно, хотя сами были в бинтах. Оказался абсцесс задних отделов правой лобной доли, который удалили.

Назавтра у докторши обнаружили перелом крестца (во время операции она все время корчилась, не могла ни сидеть, ни стоять), а у меня ушиб головного мозга легкой степени с контузионным очагом в лобной доле.

Так как оба были застрахованы от несчастного случая, подали заявления в страховую компанию. В выплате нам отказали, потому что после травмы мы «не соблюдали режим».

Пациент долго болел, но в итоге выписался в приличном состоянии.

Черви в голове

Мне показали молодого человека, который жаловался на судорожные приступы. Судороги начинались с мышц кисти правой руки, затем распространялись на всю руку и всю правую половину тела. В двух третях случаев на этом приступ прекращался, а в одной трети следовала утрата сознания с тоническими судорогами, пеной изо рта и прикусом языка.

В течение последнего года приступы были раз в неделю, а в течение последнего месяца каждый день.

На электроэнцефалограммах регистрировалось несколько эпилептогенных очагов, наиболее устойчивый из которых находился в гипокамповой извилине левого полушария головного мозга. На компьютерных термограммах деформаций и дислокаций мозговых структур не было. Были обнаружены очаги повышенной плотности в медиальных (внутренних) отделах левой височной доли. На компьютерных ангиограммах была тень, подозрительно похожая на кавернозную ангиому (небольшая сосудистая опухоль). Анализы крови были мало информативны.

Приступы все учащались — до эпилептического статуса, и больной был помещен в отделение реанимации.



Космонавт Гречко в храме Христа Спасителя вручает всероссийскую премию «Профессия — жизнь» замечательному красноярскому врачу Нине Семеновне Дралюк. Рядом с мамой сын Миша.

Учитывая, что нам была известна локализация эпилептогенного очага, больного взяли в операционную. Через нижний рог левого бокового желудочка вышли на гипокампову извилину и там обнаружили три пузыря с мутной жидкостью размерами примерно по полтора кубических сантиметра. Пузыри удалили, и каково было наше удивление, когда при гистологическом исследовании это оказались личинки свиного цепня — цистицерки!

В истории нейрохирургии подобные находки описаны, но обычно личинки локализуются в ликворопроводящей системе и проявляются совершенно другими симптомами. Здесь же они находились прямо в паренхиме извилины.

После операции судороги уменьшились, но не прекратились. Больной был переведен из реанимационного отделения. Кто-то посоветовал сделать рентгенограммы бедер. Мышцы бедер были нафаршированы кальцинированными и живыми цистицерками.

Мужчина переведен в гельминтологическое отделение, где и выздоровел.

Не было бы счастья, да несчастье помогло

Женщина привела на прием своего 24-летнего сына, у которого на почве злоупотреблений возникли проблемы с мозговым кровообращением. По фамилии и по внешнему виду я женщину вспомнил. Будучи девушкой, 37 лет назад, она была оперирована по поводу анапластической (злокачественной) астроцитомы мозжечка с последующей лучевой и химиотерапией. Через полтора года опухоль выросла еще больше, и она была повторно оперирована. Второй гистологический диагноз совпал с первым.

Казалось, что участь несчастной девушки предрешена. Кроме того, ранее облученные мягкие ткани нагноились. На перевязках в рану страшно было смотреть: из-под разошедшихся мягких тканей выступало полушарие мозжечка, покрытое гноем и фибринным налетом. Температура тела была 39 градусов и выше.

Этот ужас мы лечили в течение месяца: кололи антибиотики, меняли мазевые повязки. Через месяц рана стала затягиваться, температура тела нормализовалась. Воспалительные изменения крови также уменьшались.

Для дальнейшего заживления раны пациентка была переведена в местную больницу маленького города. Несколько раз она приезжала на консультацию по поводу мозжечковой атаксии, потом исчезла из поля зрения.

И вот спустя 37 лет она обратилась с проблемами 24-летнего сына. У нее самой проблем нет, и она работает.

Что это?

Воспаление убило злокачественную опухоль?

У меня на памяти есть еще как минимум два подобных наблюдения при гистологически подтвержденных злокачественных внутримозговых опухолях. В медицинской литературе периодически появляются описания подобных случаев, правда, они единичные.

Конечно, рукотворно заносить инфекцию в мозговую рану даже при злокачественных опухолях вряд ли кто-нибудь решится. В то же время было бы, наверное, неплохо в эксперименте на мышах и крысах изучить влияние раневой инфекции на бластоматозный процесс.

Интимные нюансы нейрохирургии

Проблема гемостаза — остановки кровотечения во время операции — всегда была актуальной.



В 1980-е в иностранном журнале мне попалась статья, в которой автор предотвращал образование послеоперационных внутримозговых гематом установкой в полость, образовавшуюся после удаления опухоли,

баллон-катетера, наполненного физиологическим раствором. По мере заполнения мозгом образовавшейся полости жидкость из баллона постепенно удалялась, и на 2-3 сутки после операции удалялся сам баллон.

Идея понравилась. Но где можно было в 1980 году в наших условиях взять латексный баллон?

Вспомнилась реклама: презервативы в Советском Союзе изготавливались из лучших сортов латекса.

Мы приобрели изделия № 2, привязали их тонкой ниткой к концу силиконового катетера, простерилизовали, и вот баллон-катетер готов.

Случай не заставил себя ждать. После удаления злокачественной, обильно кровоснабженной мозговой опухоли мы в образовавшуюся полость установили свое устройство. Для лучшего гемостаза и облегчения последующего удаления облили баллон стерильным вазелиновым маслом и посыпали гемостатической губкой. Через два дня удалили его из полости. Послеоперационной гематомы не было, и больной чувствовал себя хорошо.

Идея понравилась.

Кроме того, мы стали укладывать подобные изделия под мозговые ватники (которые тоже делали сами, импортных не было). Вата не прилипала к мозгу и в конце операции легко удалялась.

Мы стали использовать самодельные баллоны и для мягкого смещения мозга при доступах к основанию черепа. Через них были видны кровеносные сосуды, что предотвращало их травмирование.

Над нами смеялись, нас ругали, но так как изобретение приносило явную пользу больным, мы продолжали применять презервативы.

В начале 1990-х годов вышло постановление о запрете использования несертифицированных в России изделий и инструментов. И мы перестали использовать изделие № 2.

А жаль, результаты были хорошие.

Спасенный

В декабре 1984 года в аэропорту Емельяново вскоре после взлета упал пассажирский самолет.

Собрали бригаду медиков и поехали на место. На улице -45 градусов. Самолет упал в лесу. К нашему приезду зона падения была оцеплена войсками. Были обнаружены лишь фрагменты тел и разбросанные вещи. Все это в глубоком снегу и на деревьях.

Постояли, посмотрели и поехали обратно.

Вдруг по рации сообщение: в одной из сельских больниц двое выживших. Поехали туда. К нашему приезду один умер. Второй без сознания, синий, язык и нижняя челюсть западают. Заинтубировали, наладили инфузию сердечных и сосудистых препаратов и повезли в Красноярск. Так как состояние больного не позволяло исключить внутричерепную гематому, наложили поисковые фрезевые отверстия. Мозг был резко бледен и колабирован. Гематом не обнаружили.

Две недели пациент находился в коме на управляемой вентиляции легких. Затем стало возвращаться самостоятельное дыхание. Кома сменилась сопором, затем оглушением, но появились приступы тонических судорог с утратой сознания, пеной и прикусом языка. Печипи

Однажды, во время очередного осмотра пришедшего в себя пациента, он забеспокоился и вскрикнул: «Уберите от меня этого дядьку, он ведь дурак!».

Я увидел больничного психиатра. Психиатр, уже немолодой человек, по-отечески посмотрел на пострадавшего и сказал: «Ну-с, продолжим. Итак, курица живет три года, а полкурицы сколько?».

Больной посмотрел на нас и грустно произнес: «Я же вам говорил...».

Пациента выписали. Эпилептические припадки уменьшились по частоте, но остались. Он оказался единственным выжившим на этом самолете, потому что сразу после взлета уснул в хвостовой части. Во время катастрофы хвост оторвался и падал отдельно.

Наполеон

В БСМП попадались всякие клиенты. Есть там палата для психически неадекватных лиц.

Был в этом лечебном учреждении один заведующий отделением, армянин. С родины к нему приехал двоюродный брат и в гостях получил легкую травму. Его на всякий случай госпитализировали. На следующее утро приходит на работу заведующий и... видит пустую койку. Пустая койка на утро всегда вызывает у врачей оторопь.

Дежурный доктор сказал, что пациент ночью стал бредить, и он перевел его в палату с психиатрическим режимом.

А дело было так. После отбоя больной сел под лампой на сестринском посту и стал читать книгу. Медицинская сестра сначала вежливо, а потом не очень сказала, что надо идти спать. Пациент плохо понимал русский язык и на указания сестры не отреагировал. Сестра позвала дежурного врача. Тот тоже обратился на русском языке, и опять нет реакции.

Тогда доктор спросил, как зовут больного и услышал: «Наполеон». Доктор подозрительно посмотрел и говорит: «Ну, раз ты Наполеон, то я Кутузов». И отвел пациента в палату с психиатрическим режимом. Армянин стал возмущаться, причем на родном языке. Тогда его привязали к койке и успокоили аминазином.

Заведующий отделением схватился за голову: «Это не психоз. Его так и зовут — Наполеон».

А дежурному врачу добавил: «Это тебя, Кутузов, надо было положить к сумасшедшим и хорошенько привязать».



С НОВЫМ ГОДОМ!

СОБАКИ КРАЕВОЙ

Накануне года Желтой Собаки с удовольствием расскажем о наших любимых – именитых и беспородных, маленьких и больших, самых дорогих и преданных.





Любимица семьи Дунайцевых, золотистый ретривер Бэйла. Характер ретриверов общеизвестен — добрейшие, интеллигентные собаки. Бэйла любит всех членов семьи, но все же с особой нежностью относится к хозяину — Андрею Владимировичу, потому что он с ней гуляет.

Светлана Коршакевич всегда мечтала о молосском доге. Девять лет назад в доме появилось маленькое серое создание породы кане корсо итальяно по кличке Ника. Собаку Светлана брала для охраны, особенно во время отпуска, потому что по даче иногда медведи прогуливаются.

С Никой прошли общий курс дрессировки и ЗКС. Один раз за жизнь кане корсо подарила семье 11 щенят. По большой просьбе дочери дома остался самый большой и спокойный щенок серо-тигрового окраса. Сейчас сыну Ники шесть лет. Обе собаки — чемпионы РКФ. Позже появилась рыжая девочка, ей сейчас два года.

Спросите, зачем столько? Светлана Сергеевна объясняет просто – ЛЮБОВЬ...

Кане корсо возглавляют рейтинг самых надежных, дорогих и престижных охранных собак. Несмотря на устрашающий вид, собаки этой породы уравновешенные, благородные интеллектуалы, способные на самостоятельные решения. Собаки буквально «зациклены» на семье, любят детей, позволяют им любые вольности. Это несгибаемые защитники, но в большинстве случаев им бывает достаточно одной внешности.

Корсы очень сильные. Справиться с кобелем весом в 50 килограммов человеку невозможно, но одновременно эти собаки обладают потрясающей грацией и пластикой. Взрослеют физически и психически очень долго. До двух лет — это большой щенок. Только к трем годам вы получаете то, на что рассчитывали. Пока корсиканцы растут, страдают мебель, обои, одежда, техника. Чтобы этого не происходило, собаке нужно много игрушек.

Но Светлана все прощает и забывает, когда эта тушка прижимается, практически размазав по стене, лизнет в лицо и сядет у ног. И крутит башкой по сторонам: не затаился ли где враг? И сопровождает везде, даже на участке: а вдруг кто обидеть вздумает? Грозный зверь, а ластится как котенок.





Рекс с ковшиком за водой пошел.

Пес Ирины Чудаевой все время таскает в зубах предметы. Ему почти четыре года, родился 11 февраля, в день Святого Власия, по-кровителя животных.

Еще Рекс капусту любит грызть, особенно кочерышку. Маму Иру очень любит, ждет по вечерам с работы, глядя в окно.



У маленькой рыжей собачки, обожаемой семьей Иващенко, длинное название породы — кавалер-кинг-чарльз-спаниель. Имя тоже значительное — Бенджамин, хотя зовут годовалого любимца семьи просто Беня.

Беню подарили на день рождения папе — Игорю Михайловичу. И угадали: во-первых, теперь в семье, где растут две дочки, есть еще один мальчик, а во-вторых, Беня похож на своего хозяина — такой же с виду невозмутимый, но ласковый и добрый.



Алабай был давней мечтой Елены Руденко, жены нейрохирурга краевой больницы и заядлой собачницы.

Когда в доме появился щенок грозной туркменской овчарки, к его воспитанию отнеслись со всей ответственностью.

Получилась отличная собака — Карат имел I степень по ОКД и I степень по ЗКС. По словам приезжающих в Красноярск экспертов, в России не было других алабаев с I степенью ЗКС!

Алабаи — действительно сложная порода, это собаки характерные, могут молниеносно выйти из повиновения, но Карат идеально слушался свою хозяйку, он знал около 100 команд, был замечательный — рабочий и прекрасно управляемый пес.

Был. Потому что Карата семья Руденко потеряла несколько месяцев назад.

У Карата в Красноярске есть наследники, но, по словам Павла Геннадьевича, они с женой пока психологически не готовы заменить любимую собаку даже самым прекрасным щенком...



Любимые собачонки Алены Лейнер: тойчика зовут Тайсон, ему 7,5 лет. У него очень властный характер, считает себя хозяином дома.

А вот Масяня — добряк и очень умный. Он уже седой, скоро исполнится 10 лет. Когда-то его купили за шоколадку у соседского мальчишки, может, поэтому он самый сладкий пес на свете.

Первая собака у старшей медицинской сестры ОАР № 1 появилась в четырнадцать лет.

— Так что большую часть жизни я счастливый человек, — комментирует Татьяна Осадчая.

Это была дворняжка — щенок, подкинутый в подъезд. Потом были восточно-европейские овчарки и афганские борзые.

И вот последняя любовь— немец. Бирюша... Legio Ferrata Absolut Fides— Железный Легион Абсолютно Преданный. Рабочий немец.

Со всеми своими собаками Татьяна занималась дрессировкой, а с 2001 года еще и спортом. Дозанималась до того, что возглавила Федерацию спортивно-прикладного собаководства Красноярского края.

Как любой спортсмен, на соревнованиях Осадчая хотела побеждать. Качество собаки гарантирует процентов семьдесят успеха. Именно по этой причине Татьяна выбрала рабочую немецкую овчарку. Сказать, что она не ошиблась — не сказать ничего.

Бирюша — собака-мечта. Мечта, которая сбылась. Огонь в работе и никаких проблем в быту. Теперь Татьяна очень хорошо понимает, что такое немецкое качество.

Но самое главное — он очень душевный пес. Настолько, что словами не передать.

Татьяна с Бирюшей выступает в дисциплине IPO — Международные испытания разыскных собак. Сложный, но безумно интересный и красивый спорт, в полной мере раскрывающий природные данные собаки и мастерство спортсмена. IPO включает в себя следовую работу, послушание и защитный раздел.

У Осадчей с Бирюшей даже есть свой небольшой фан-клуб при краевой больнице. Это коллектив сестер-анестезистов первой реанимации. После соревнований они всегда ждут свою старшую с кубком. Бирюша — надежный парень, обычно с кубком они и возвращаются.





Белке 14,5 лет.

Это невероятно, потому что срок ее жизни (не больше трех месяцев) — был расписан человеком, но продлен на десятилетия собачьим богом.

В 2003 году известный красноярский детский хирург взял помет месячных щенков и установил каждому на бедренные кости металлические зажимы. Он изучал болезнь Пертеса и пытался создать условия для асептического некроза.

Проблема в том, что у ученого не было вивария, и подопытных щенков он держал в гараже, в темноте и грязи. Щенки так плакали, что однажды ночью соседские пацаны взломали гараж и

вытащили малышей. А рыжую девочку, которая ходить не могла от нагноившихся ран, бросили. Щенка подобрала сердобольная собачница, проходившая мимо, выходила и подарила соседу по даче. Ну, а сосед запил и выбросил щенка.

Белка, которая еще не знала, что она Белка, отправилась по огромному дачному массиву Минино—Пугачево искать себе хозяев. И нашла — двоих врачей.

История долгая. У собачки были операции, железяку с одной лапы ветеринару удалось снять, на второй лапе металл врос в кость. Белочка долго болела, навсегда осталась серьезной и печальной. Но принесла столько радости семье Елены Семеновой, что теперь и мама, и папа, и двое детей могут только благодарить ученого за тот давний неудавшийся опыт.

Сегодня исследователь уже профессор, работает в Кремлевской больнице. Он, конечно, помнит историю с подопытной собакой, потому что в свое время она прогремела на всю Россию и даже сопредельные страны. Но профессор точно не представляет, что его «подопытный материал» прожил такую долгую собачью жизнь в любви и нежности.



Йоркширские терьеры — собачки нежные, просто кукольные, но очень активные, живые и любопытные. Йорки, несмотря на маленькие размеры, прекрасные охранники, о приближении незнакомцев всегда предупреждают звонким лаем. Так что доктор Николай Антипенко может быть спокоен за свою семью.

Киара и Диора — такие прекрасные имена носят уиппеты ортопеда Анны Загайновой. Эти красавицы почти ровесницы — одной пять, второй четыре с половиной года.

Трудно ли держать английских борзых?

Кому-то покажется, что невозможно. Только по огромной любви можно несколько раз в неделю вывозить этих стремительных существ за город, чтобы они могли со скоростью 70 км в час облететь поля.

Уиппеты не умеют сидеть — они либо бегут, либо лежат, так что дома их не слышно и не видно. Ежегодно Анна и другие любители борзых возле Дрокино устраивают соревнования — «курсинг», бега за механическим зайцем. Азартные собаки получают призы за победу, и хозяевам радость.

А сегодня Анна, Киара и Диора поздравляют всех собак и людей с Новым годом!

СПОРТ

МАМА, ПАПА, Я – СПОРТИВНАЯ СЕМЬЯ

Возраст участников ежегодных спортивных соревнований составлял от трех до 60 лет. Взрослые наравне с малышней резвились, шумели, смеялись и болели за своих. Еще они придумали смешные названия для своих команд. Например, «Приложите подорожник» или «Краевой тигр».

Детишки получили в подарок сладости, пообщались с символом Универсиады Юлайкой и космонавтом, а еще для них привезли аттракцион «Лазертаг» — девчонки, мальчишки, их папы и мамы азартно палили по мишеням инфракрасными лучами.

Организаторами праздника стали сотрудники отдела кадров и профсоюзный комитет ККБ во главе с Маргаритой Чухровой.





