



Медицина в Кузбассе

MEDICINE
in Kuzbass

Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Учредитель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650066,
пр. Октябрьский, 22
Тел./факс: (3842) 39-64-85
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Директор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

И.А. Коваленко

Издатели:

ГБОУ ВПО «Кемеровская
государственная медицинская
академия» Минздрава России

Департамент охраны здоровья
населения Кемеровской области

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано: 13.11.2014

ООО «ТД «Азия-Принт», 650004
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35-А

Тираж: 300 экз.

Распространяется по подписке
Подписной индекс **60358** в каталоге
русской прессы «Почта России»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Золоев Г.К., Колбаско А.В., Калентьева С.В. – ответ-
ственный секретарь, Михайлуц А.П., Попонникова Т.В.
– зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Баранов А.И. (Новокузнецк), Баттакова Ж.Е. (Караганда,
Казахстан), Брусина Е.Б. (Кемерово), Брюханов В.М.
(Барнаул), Глушков А.Н. (Кемерово), Ельский В.Н.
(Донецк, Украина), Ефремов А.В. (Новосибирск),
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф.
(Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск),
Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк),
Селедцов А.М. (Кемерово), Сергеев А.С. (Кемерово),
Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий),
Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк),
Шраер Т.И. (Кемерово), Elgudin Y. (Эльгудин Я.) (Кливленд,
США), Vaks V.V. (Вакс В.В.) (Лондон, Великобритания).

АДРЕС РЕДАКЦИИ

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22А
E-mail: kemsma@kemsma.ru

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства
образования и науки России от 19 февраля 2010 года № 6/6 журнал включен
в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых
должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций
на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Журнал входит в Российский Индекс Научного Цитирования

Обязательные экземпляры журнала находятся в Российской Книжной Палате,
в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

Розничная цена договорная

Спецвыпуск № 3 - 2014

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 3-2014: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ.

Материалы региональной научно-практической конференции, посвященной актуальным вопросам медицины и в связи с 85-летием МБЛПУ ГKB №2, г. Новокузнецк, 1 декабря 2014 г. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2014. – 140 с.

В спецвыпуске журнала представлены материалы региональной научно-практической конференции, посвященной актуальным вопросам медицины и в связи с 85-летием МБЛПУ ГKB № 2, г. Новокузнецк.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ВЫПУСКА:

Лукашевич Георгий Георгиевич
Володина Наталья Николаевна
Жестикова Марина Григорьевна
Васенина Екатерина Дмитриевна
Райх Александр Викторович
Михайлова Светлана Евгеньевна (секретарь)

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2014 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

Полнотекстовая электронная версия издания доступна в Интернет по адресу WWW.MEDPRESSA.KUZDRAV.RU



МОИ ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

С радостью и глубоким уважением поздравляю вас с замечательным праздником — 85-летием со дня основания нашей больницы!

В 1929 году, когда на юге Кузбасса началось строительство Кузнецкого металлургического комбината, медицинская помощь оказывалась сначала в фельдшерском пункте, затем в амбулаториях на Верхней и Нижней колониях. Но стремительно растущему Кузнецку — Сталинску — Новокузнецку, с его промышленными и угольными гигантами, нужна была большая и серьезная медицина. Благодаря совместному многолетнему труду людей разных профессий сегодня наша 2-я больница является крупным лечебно-диагностическим комплексом города и региона, оказывающим огромный объем медицинской помощи.

В простую, но великую историю нашей больницы вписаны имена выдающихся врачей: Малютенков И.В., Шмуилович Г.И., Володарский Я.В., Щеглова А.П., Мельникова Г.Я., Демидова И.А., Русинек Б.Е., Виноградова А.В., Мирошникова М.А., Терентьев П.И., Толкачев Н.А., Брыксин Л.Н. и другие.

Они передали нам свой опыт, покорили своей преданностью и зарядили энергией. Поэтому в нашей больнице всегда есть чему учиться, и всегда будет куда стремиться. Медицина не стоит на месте, она как живой организм — постоянно развивается и совершенствуется. Наш коллектив

полон сил и всегда с оптимизмом осваивает новые научные открытия. Сегодня рядом с собой мы растим молодое поколение врачей, формируем у них важные жизненные ценности и своим трудом показываем хороший пример. Уверен, что наши молодые специалисты так же, как и вы, станут настоящими профессионалами, а их сердца не очерствеют. А все потому, что Вторая городская клиническая больница всегда была и будет добрым примером русского милосердия. Всему нашему коллективу присущи сострадание, готовность прийти на помощь по первому зову, умение слушать и слышать, и наконец, просто быть рядом с человеком в трудные минуты жизни. Когда в 1999 году на благотворительные средства мы с вами построили Храм Святого великомученика Георгия Победоносца, люди стали обращаться к нам не только за здоровьем тела, но и души. Как никто другой, мы с вами знаем, что человек будет чувствовать себя счастливым не только, когда он здоров физически, но и тогда, когда у него будет внутренняя душевная гармония.

Дорогие коллеги, мои помощники, заведующие отделениями, врачи, медицинские сестры и санитарочки, для меня вы — самое дорогое достояние. Все вместе долгие годы вы создаете доброжелательную, гостеприимную и уважительную атмосферу в больнице. Благодаря вам в 2009 году наша больница была награждена медалью третьей степени «За особый вклад в развитие Кузбасса». Такая высокая оценка заслуженна и справедлива, она подтверждается достойным и качественным уровнем медицинского обслуживания, тысячами благодарных пациентов и, самое главное, — вашим истинным служением человеку.

Я горжусь вашими профессиональными успехами и достижениями! Вы освоили новейшие медицинские технологии, внедрили современные методики диагностики, лечения и реабилитации на международном уровне. Спасибо вам за творческие мысли, неравнодушие, сострадательные сердца и умелые, чуткие руки. Спасибо вам за радость нашей совместной работы, за взаимопонимание и взаимную поддержку! Спасибо за преданность своему делу! Именно вы приносите счастье в семьи, оберегая здоровье людей! Пусть этот юбилей станет особенным для всех нас и наших дорогих ветеранов, посвятивших не один десяток лет благородной профессии! Уверен, что впереди нас ждут великие достижения в области здравоохранения! Мирного вам неба, личных успехов и оптимизма! Берегите себя и своих близких! Будьте здоровы и счастливы! С низким поклонном.

Георгий ЛУКАШЕВИЧ

главный врач МБЛПУ ГКБ № 2,
Заслуженный врач Российской Федерации,
врач высшей категории



ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., РАЙХ А.В.

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

К 85-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ МБЛПУ ГКБ № 2, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

МБЛПУ ГКБ № 2 является одним из старейших и мощнейших лечебно-профилактических учреждений города Новокузнецка с разветвленной стационарной и амбулаторно-поликлинической службами. В 2014 году празднуется 85-летний юбилей со дня основания лечебного учреждения. За последнее десятилетие благодаря участию в крупных федеральных проектах больница претерпела значительное улучшение материально-технической базы, внедрены новые медицинские технологии, улучшились показатели здоровья населения

Ключевые слова: МБЛПУ ГКБ № 2; юбилей 85 лет; национальный проект «Здоровье»; «программа модернизации здравоохранения».

LUKASHEVICH G.G., RAYKH A.V.

City clinical hospital N 2 of St George the Victorious, Novokuznetsk

ON THE 85TH ANNIVERSARY OF MBLPU GKB N 2, RESULTS AND PROSPECTS

MBLPU GKB N 2 is one of the oldest and most powerful medical institutions of the city of Novokuznetsk branched inpatient and outpatient services. In 2014 we celebrate the 85-th anniversary of the founding of the facility. Over the past decade thanks to the participation in major federal projects hospital has undergone significant improvement of material and technical base, introduced new medical technologies, improved health outcomes

Key words: MBLPU GKB N 2; Jubilee 85 years; the national project «Health»; «program to modernize health care».

Корреспонденцию адресовать:

ЛУКАШЕВИЧ Георгий Георгиевич

654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,

МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».

Тел: 8 (3843) 71-79-69. E-mail: hosp2@online.nkz.ru

Сведения об авторах:

ЛУКАШЕВИЧ Георгий Георгиевич, засл. врач РФ, врач высшей категории, отличник здравоохранения, главный врач, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

РАЙХ Александр Викторович, зам. главного врача по поликлинической части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

LUKASHEVICH Georgij Georgievich, Honoured doctor of the Russian Federation, doctor of the highest category, excellence in health, chief medical officer, City Clinical hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

RAYKH Aleksandr Viktorovich, deputy chief medical officer for polyclinic part, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

В декабре 2014 года медицинская общественность г. Новокузнецка отмечает 85-летний юбилей Муниципального бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца». Свое имя больница получила в 2000 году в связи с открытием при лечебном учреждении в 1999 г. храма Святого великомученика Георгия Победоносца.

Рождение больницы относится к тому времени, когда на строительство Кузнецкого метал-

лургического комбината со всей страны приезжали строители и рабочие, которые нуждались не только в жилье, но и в медицинской помощи. В 1929 году в кратчайшие сроки были созданы все необходимые медицинские службы, размещившиеся в бараках. В одном из них и началась жизнь больницы № 2.

За прошедшие десять лет от предыдущей значимой вехи — 75-летия в учреждении произошли существенные изменения, главным образом в качестве оказания медицинских услуг, техническом



оснащении и некоторых структурных преобразованиях [1, 2].

Больница обслуживает восемьдесят пять тысяч взрослого населения. Особенностью является то, что медицинская помощь оказывается в основном неработающему населению старшего поколения.

В настоящее время в структуру ЛПУ входят отделения стационара, амбулаторно-поликлинические, параклинические отделения и административно-хозяйственный отдел.

Основные источники финансирования ЛПУ — ОМС, местный бюджет, областной бюджет, предпринимательская деятельность. За последнее десятилетие больница была включена в крупные федеральные программы — приоритетный национальный проект «Здоровье» и «Программа модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011-2012 гг.» Средства по национальному проекту «Здоровье» направлялись на развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе на профилактические мероприятия (дополнительную диспансеризацию), на оказание дополнительной медицинской помощи (дополнительные выплаты врачам-терапевтам участковым), на обеспечение квалифицированной и качественной помощи женщинам в период беременности и родов [1-3]. «Программой модернизации здравоохранения Кемеровской области на 2011-2012 гг.» были реализованы три направления: улучшение материально-технической базы, внедрение современных информационных систем, внедрение стандартов медицинской помощи. Для подразделений получено 150 единиц медицинского оборудования из местного бюджета на восемь миллионов рублей, из федерального бюджета — 47 единиц на семьдесят шесть миллионов рублей. Для проведения капремонта подразделений больницы получено из местного бюджета 7,5 миллионов рублей и из федерального — 17,5 миллионов рублей. В рамках этой программы продолжается внедрение современных информационных систем. Приобретены компьютеры, принтеры, проведена локальная сеть, установлены инфоматы, позволяющие записаться на прием, предоставлена возможность записи на прием к специалисту через Интернет. Внедрена медицинская информационная система «ИнфоМуздрав», позволяющая вести электронную историю болезни. В Интернете имеется сайт «МБЛПУ ГКБ № 2», где изложена вся информация по учреждению. Внедрение стандартов медицинской помощи позволило существенно повысить доступность и качество медицинской помощи и увеличить размер оплаты труда сотрудников больницы. С 2014 года финансирование больницы перешло на одноканальное — из средств ОМС [3, 4].

Одной из главных проблем учреждения является низкая укомплектованность медицинскими

работниками. Несмотря на то, что согласно штатному расписанию количество ставок несколько увеличилось, число физических лиц, как врачей, так и среднего медицинского персонала уменьшилось. Так, в 2004 году было 126 врачей, к 2013 году эта цифра сократилась до 109. Особенно это касается участковых терапевтов: с 28 человек в 2004 до 12 к концу 2013 года. Вновь появились фельдшеры на врачебных приемах. Однако квалификационная характеристика и профессиональный уровень остаются на прежнем, высоком уровне. В 2004 году категории имели 73 % врачей (по городу — 67 %), из них 23 % имели высшую категорию. В 2013 году процент остался прежним — 73 % (по городу — 60 %), при этом из них высшую категорию имеют уже 57 %. Укомплектованность в первичном звене в 2004 году составила 48 %, в 2013 году — 36 %.

Что касается среднего медицинского персонала — аналогичная ситуация. Укомплектованность в 2004 году — 60%, в 2013 году — 51%. Увеличивается доля медицинских работников предпенсионного и пенсионного возраста. Несмотря на то, что в больнице уделяется большое внимание профессиональной подготовке и усовершенствованию кадров, их сегодня катастрофически недостаточно [3, 5].

Стационарная медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний. С 1986 года заместителем главного врача по лечебной части работает Наталья Николаевна Володина.

Начинается стационар с приемного отделения, имеющего палату интенсивной терапии. За год в среднем через него проходит более 14 тысяч пациентов. Коечный фонд больницы неизменно составлял триста двенадцать коек. В связи с его реорганизацией в 2014 году объединены отделения токсикологии и нарко-реанимации в одно отделение острых отравлений, что привело к сокращению девяти коек. Помимо этого, в стационаре есть отделения терапевтического, кардиологического, неврологического профилей, а также филиал областного госпиталя для ветеранов и участников войн городов юга Кузбасса — 47 коек (20 — терапевтических, 7 — кардиологических и 20 — неврологических). В 2000 году в стационаре открылось отделение для ветеранов войн, а с 2002 года оно стало функционировать как филиал областного госпиталя. Койки госпиталя располагаются в профильных отделениях стационара. За эти годы медицинская помощь была оказана более тринадцати тысячам пациентов контингента особого внимания [1, 4].

В последние годы существенной проблемой является дефицит кадров практически в каждом отделении. Доля пациентов, поступающих по экстренным показаниям за сравнимый период, высока и составляет от 73,9 % до 78,4 %; кро-

ме того, более 50 % из них поступает в возрасте 60 лет и старше. Это является особенностью деятельности больницы. Пациенты поступают со сложными диагнозами, запущенными заболеваниями. Динамика показателей, характеризующих деятельность коечного фонда с 2004 года до 2012 года, позитивна: плановые показатели перевыполнялись (среднее число дней занятости койки, оборот койки), коечный фонд использовался рационально. Среднее пребывание на койке снизилось с 12,9 дней в 2004 году до 8,3 дней в 2013 году. Больничная летальность снизилась на 12,8 % (2004 – 3,9 %; 2013 – 3,4 %). Досуточная летальность также снизилась на 5,1 % (2004 – 30,7 %; 2013 – 29,1 %). Процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов снизился на 5,1 % (2004 – 3,9 %; 2013 – 3,7 %). В целом работа стационара оценивалась благоприятной ситуацией и находилась в зоне обычного внимания.

Пациентам, находящимся на стационарном лечении оказывается стоматологическая терапевтическая помощь, проводятся консультации узкими специалистами. В 2012 году было проконсультировано более семи тысяч пациентов, в 2013 году – уже более девяти тысяч. Это – только плановые консультации, в отделениях консультативная работа проводится врачами и сотрудниками кафедр ГБОУ ДПО Новокузнецкого ГИУВа.

Наряду с лечебной обязательно проводится и профилактическая работа с пациентами и их родственниками (беседы, брошюры, плакаты, памятки, анкетирование).

Амбулаторно-поликлинической службой (АПС) осуществляется первичная медико-санитарная помощь (доврачебная, врачебная, специализированная, неотложная). Она включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике и лечению заболеваний; наблюдению за течением беременности; проведению профилактических прививок; диспансерному наблюдению за различными группами населения (с хроническими заболеваниями, контингентом особого внимания); проведению диспансеризации по возрастам и профилактических медицинских осмотров; санитарно-гигиеническому просвещению и формированию здорового образа жизни [2, 4].

Возглавляет АПС с 2008 года заместитель главного врача Александр Викторович Райх. В ее состав входят три поликлиники, центр амбулаторной хирургии, две женских консультации, отдел медицинского осмотра, амбулаторное физиотерапевтическое отделение, девять здравпунктов, которые обслуживают промышленные предприятия и учебные заведения.

Наиболее существенно сказывается дефицит кадров в работе этой службы. Отсюда и снижение некоторых показателей по амбулаторно-поликлинической службе. В частности, снижение вы-

полнения плана посещений с 94,6 % в 2006 году, до 64,8 % в 2013 году. Доля посещений по заболеваниям в 2006 году составила 72 %, в 2013 году – 76 %, при этом уменьшилась доля посещений с профилактической целью – с 26 % до 24 %. В 2013 году была организована работа по оказанию неотложной медицинской помощи населению в поликлинике и на дому. В 2013 году неотложная помощь была оказана 26775 пациентам.

Медицинская помощь в поликлиниках и женских консультациях оказывается и в дневных стационарах. До 2005 года функционировали 91 койка, затем их количество сократилось до 86. Число пациентов тоже несколько сократилось, но в 2013 году снова возросло за счет коек дневного стационара в стационаре, который был передан поликлиникам.

Много лет проводится большая работа с контингентом особого внимания (КОВ). Постепенно их количество уменьшается. Если в 2005 году на учете в больнице было 4455 человек, в 2008 году – 3132, то уже в 2013 году – 2690 человек, из них участников и инвалидов ВОВ – 116.

Профилактической деятельности особенно в последние годы уделяется огромное внимание. Помимо того, что успешно проведена дополнительная диспансеризация, уже второй год проводится диспансеризация определенных групп взрослого населения. В 2013 году ее прошли 9831 человек, из них мужчин – 1754, женщин – 8077. На первом этапе были выявлены 3537 заболеваний (подозрений на заболевание). Самое большое количество – это болезни системы кровообращения. В этом году продолжается второй этап, и параллельно, с начала года проходят диспансеризацию уже пациенты следующих возрастов. Кроме того, проводятся и профилактические медицинские осмотры по схожей программе, что и по возрастной диспансеризации. В отделе медицинского осмотра ежегодно проводятся периодические осмотры граждан работающих во вредных условиях. Профилактическая работа проводится в двух женских консультациях и поликлиниках – это осмотры с целью выявления на ранних стадиях как онкологических, так и гинекологических заболеваний. Работает кабинет медицинской профилактики, где проводится работа, направленная на профилактику заболеваний, формирование здорового образа жизни. Созданы школы для беременных женщин, для больных с бронхиальной астмой, диабетом, проводятся массовые мероприятия медицинскими работниками, обученными методикам профилактики заболеваний, укреплению здоровья и формированию здорового образа жизни.

Больница обладает современной диагностической базой с лабораториями, отделениями функциональной, лучевой диагностики, эндоскопической службой, где проводятся не толь-



ко диагностические, но и лечебные процедуры. Количество исследований значительно увеличилось в последние годы, только в лабораториях на 98,6 %. Это связано с внедрением федеральных стандартов и проведением диспансеризации населения.

Лаборатории (клиническая, биохимическая, химико-токсикологическая и бактериологическая) выполняют все виды исследований, необходимые для осуществления диагностики и лечения пациентов. Современная оснащенность оборудованием, аппаратурой и освоение новейших технологий позволяет поддерживать высокий уровень лабораторных исследований и, что особенно важно, дает возможность быстро проводить диагностику сложных состояний пациентов, поступающих в стационар по скорой помощи, а таких пациентов более 70 %.

В функциональном отделении за год обследуется до 25 тысяч пациентов, из них в поликлиниках — 15-17 тысяч. Проводятся исследования сердечно-сосудистой системы, нервной системы, системы внешнего дыхания.

Всего отделением лучевой диагностики в течение года проводится более 50 тысяч исследований, из них рентгенологических исследований различных органов и систем более 15 тысяч, профилактических исследований органов грудной клетки на флюорографе 16-17 тысяч в год. В 2013 году получен мультиспиральный компьютерный томограф, и уже к июню 2014 года проведено 1500 исследований. Ультразвуковых исследований в год проводится до 20 тысяч. Аппараты УЗИ имеются как в стационаре, так и в отделении амбулаторной хирургии, женской консультации № 1, женской консультации № 2.

Эндоскопические исследования и лечебные процедуры (4,5-5 тысяч в год) проводятся и в стационаре, и в отделении амбулаторной хирургии.

Физиотерапевтическое отделение осуществляет свою деятельность в стационаре — для стационарных больных, и в кабинетах, расположенных по адресу: проспект Бардина, 20 — для пациентов АПС. За год здесь проходят лечение до 20 тысяч пациентов. В стационаре имеется лечебно-физкультурный кабинет, где за год проходят лечение более полутора тысяч пациентов с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Кроме того, проводится лечение и в кабинете рефлексотерапии.

Врачи больницы работают в тесном сотрудничестве с научными сотрудниками кафедр: терапии, кардиологии, клинической лабораторной диагностики, микробиологии, функциональной диагностики, анестезиологии и реаниматологии, лучевой диагностики, амбулаторной хирургии, акушерства и гинекологии, мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии ГБОУ ДПО Но-

вокузнецкого ГИУВа. Это помогает не только в процессе диагностики и лечения пациентов, но и в научной работе: подготовке и защите кандидатских и докторских диссертаций, проведении научно-практических конференций, как городских, так и региональных. За последние годы защитили кандидатские диссертации: заведующая терапевтическим отделением И.В. Дадыка, заведующая женской консультацией И.М. Кузнецова, заведующая отделением функциональной диагностики Н.А. Шацких Н.А., заведующий кардиологическим отделением А.П. Маслов, хирург В.В. Серебренников. Врачи продолжают заниматься научными разработками. Впереди еще не одна защита диссертации.

Многие десятилетия больница является учебной базой НФ ГБОУ СПО «Кемеровский областной медицинский колледж».

Успехи больницы неоднократно отмечались на городском, областном, федеральном уровнях. Она награждена медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса» III степени. За прогресс в науке и новые технологии больница получила международные призы Гран-при: «Золотой Меркурий», «Золотая Пальма».

Подводя итоги работы за десятилетие необходимо констатировать, что в настоящее время в больнице сформировался высокопрофессиональный коллектив, пусть и со значительным дефицитом кадров. Клинико-диагностические и лечебные отделения, оснащенные современным медицинским оборудованием, стабильно работающий стационар, амбулаторно-поликлиническая служба способны и дальше оказывать, повышая доступность и качество, полноценную медицинскую помощь населению Кузбасса и за его пределами.

Дальнейшее развитие больницы тесно связано с проводимой государственной политикой в социальной сфере, которая закреплена указом президента от 07.05.2012 г. № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики» и государственной программой развития здравоохранения РФ до 2020 года. Ключевыми положениями базовых документов является повышение доступности и качества медицинской помощи, повышение оплаты труда медицинских работников, поднятие престижа профессии врача. Одним из фундаментальных решений в ближайшем будущем будет введение в практику заключение с медицинскими работниками «эффективного контракта», позволяющего оценить нормативную нагрузку на сотрудника и критерии оценки выполненной работы, а вместе с тем увязать оплату труда с качеством и количеством выполненной работы. Данные изменения позволят привлечь врачей на работу в муниципальные учреждения здравоохранения и в итоге значительно повлиять на показатели здоровья населения.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Анучин, П.М. Первичный обзор системы страхования в связи с проектом Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» от 01.09.10 /Анучин П.М. //Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 12. – С. 22-31.
2. Комаров, Ю.М. К вопросу о приемлемой оплате труда врачей в Российской Федерации /Комаров Ю.М. //Здравоохранение. – 2009. – № 6. – С. 169-176.
3. Москвитина, Н.А. Порядок и размеры стимулирующих выплат работников учреждений здравоохранения с учетом должностных окладов /Москвитина Н.А. //ГлавВрач. – 2010. – № 10. – С. 69-71.
4. Инновации в управлении медицинскими организациями /Лисицын Ю.П., Лебедев А.А., Гончарова М.В. и др. – М., 2010. – 172 с.
5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении //Мед. статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2010. – № 11. – С. 30.





ВОЛОДИНА Н.Н., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ГОСПИТАЛЕ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

В статье рассмотрены вопросы улучшения организации работы в госпитале, что подразумевает в первую очередь улучшение качества оказания медицинской помощи на всех этапах ее оказания.

Ключевые слова: качество; доступность; контингент особого внимания; профилактика заболеваний; сохранение здоровья; продолжительность жизни; постарение населения; реабилитационные программы; внедрение новых технологий; реновация медицинского оборудования; информационная среда; анкетирование.

VOLODINA N.N., LUKASHEVICH G.G.

City clinic hospital N 2 of Saint George the Victorious, Novokuznetsk

HOSPITAL MANAGEMENT FOR BETTER SERVICE OF WAR VETERANS

This article describes the ways of better hospital management, which implies primely the quality improvement of medical care at all stages of that care.

Key words: quality; availability; patients with special treatment; prevention of disease; health support; life span; population aging; rehabilitation programs; usage of new technologies; medical equipment renovation; information environment; questioning.

Корреспонденцию адресовать:

ВОЛОДИНА Наталья Николаевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-79. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

ВОЛОДИНА Наталья Николаевна, засл. врач РФ, отличник здравоохранения, врач-терапевт высшей категории, зам. главного врача по лечебной части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ЛУКАШЕВИЧ Георгий Георгиевич, засл. врач РФ, отличник здравоохранения, врач высшей категории, главный врач, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

VOLODINA Nataliya Nikolaevna, Honoured doctor of the Russian Federation, Doctor of higher category, Excellence in health care, deputy chief medical officer for medical part of the City clinical hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

LUKASHEVICH Georgij Georgievich, Honoured doctor of the Russian Federation, Doctor of higher category, Excellence in health care, chief medical officer of the City clinical hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Повышение качества и доступности медицинской помощи — основная цель государственной политики по охране здоровья граждан РФ. Большое внимание уделяется инвалидам и участникам ВОВ, а также лицам, приравненным к ним, участникам боевых действий, словом, контингенту особого внимания (КОВ) [1].

Понятие «качество лечения» — это степень, с которой система здравоохранения обеспечивает население теми вмешательствами, в которых оно нуждается, и тогда, когда в этом есть необходимость, для получения максимально высоких результатов.

Проблема качества медицинской помощи важна во всех аспектах ее оказания:

- а) для профилактики заболевания;
- б) сохранения здоровья;
- в) увеличения продолжительности жизни и улучшения ее качества при заболевании и при инвалидности, а также в конце жизни.

Качественная медицинская помощь должна соответствовать следующим требованиям:

- а) должна быть доступной (равноправной, справедливой);
- б) своевременной;

- в) достаточной;
- г) эффективной;
- д) безопасной.

Учитывая приоритетную значимость первичной медико-санитарной помощи на современном этапе, при научной разработке проблемы доступности качественной медицинской помощи, главная роль уделяется обеспечению реализации прав пациента [1, 2].

Именно для той категории лиц, которые много сил и здоровья отдали для становления самой России, было принято решение главным врачом МБЛПУ ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца Лукашевичем Г.Г. об открытии госпиталя (рис. 1). В мае 2000 года на базе нашей больницы было открыто госпитальное отделение, а с января 2002 года отделение получило статус филиала областного госпиталя ветеранов войн.

Отделение ветеранов войн открыто на 47 коек в составе специализированных профильных подразделений:

- 20 коек — неврологических;
- 20 коек — терапевтических;
- 7 коек — кардиологических.

Перед коллективом была поставлена задача оказания качественной помощи КОВ.

В процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействий медицинского работника и пациента [3].

В настоящее время общепринятыми являются следующие характеристики качества:

- профилактическая направленность;
- доступность;
- результативность;
- межличностные отношения;
- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- удобство;
- удовлетворенность пациента;
- физический и психологический комфорт.

Учитывая все эти необходимые составляющие, мы и начали с того, что пациентам должно быть удобно. Было принято решение о размещении этих пациентов в комфортных условиях в палатах на 3 человека.

Под руководством главного врача Лукашевича Г.Г. был проведен ремонт и переоборудование палат. Палаты оснащены всем необходимым: санузел, холодильник, телевизор (рис. 2).

Для пациентов госпиталя выдается специализированная одежда: пижама мужская и халат женский синего цвета, это помогает в работе, поскольку визуально выделяет этот контингент среди всех пациентов, предоставляя тем самым право на процедуры и обследование вне очереди.

Также для удобства пациентов и учитывая, что это, как правило, лица, нуждающиеся в посторонней помощи, им выделяют младший медицинский персонал — сестер милосердия для сопровождения на те или иные процедуры, как лечебные, так и диагностические. Для удобства пациентов госпиталя выделены специальные зоны в профильных подразделениях, отделенные прозрачными раздвижными дверями, что предоставило определенную комфортность пациентам и изолировало их от крайне тяжелых экстренных больных (рис. 3).

За период работы госпиталя пролечено 13180 человек с 2000 по 2013 гг. включительно. Средний койко-день за первое десятилетие составил 17,2, а в последующие годы средний койко-день сократился ввиду перехода оплаты по ОМС, где уже этот койко-день приравнивался к стандартам по пролеченным нозологиям и составил 12,4 в 2013 году (табл. и рис. 4).

Надо особенно остановиться на этом показателе «средний койко-день». Ранее, 10 лет назад мы пролечивали этот контингент по 18,5-25 койко-дней, но с введением страховой медицины этот показатель значительно сократился. Надо отметить, что сегодняшний 12,4 средний койко-день нам представляется удобным и для пациента, поскольку «вырвать» пациента из привычной домашней среды и поместить даже в наши условия — это все же стресс для пожилых людей, а также такой койко-день дает возможность избежать осложнений, которые возникают при более длительном пребывании, например, госпитальных пневмоний, но, безусловно, накладывает определенную сложность на медицинский коллектив, повышая его интенсивность работы (рис. 5).

Таблица
Средний койко-день и категории пролеченных в отделении ветеранов войн

	За 10 лет 2000-2010	2011	2012	2013
Всего пролечено	10064	1014	1018	1084
Средний койко-день	17,2	16,2	16,3	12,4
Тружеников тыла		46 %	36,9 %	42,5 %
Инвалидов и участников ВОВ		21,4 %	19,5 %	14,29 %
Вдов участников ВОВ		18,1 %	17,1 %	23,1 %
Чернобыльцев		1,8 %	1,9 %	1,2 %
Участников войн в Чечне и Афганистане		6,7 %	6,5 %	11,3 %



Процент выполнения плана по пролеченным больным превышает 100 % и за последние годы составляет 105,6 %.

Соотношение контингентов госпитальных пациентов в связи с течением времени меняется и связано это с постарением населения, вымиранием, так ранее инвалиды и участники ВОВ составляли большую часть, а сейчас это большая часть представлена тружениками тыла и занимает 1-е место. На 2-м месте — инвалиды и участники ВОВ, 3 место — вдовы участников и инвалидов ВОВ (хотя в 2013 году эта категория занимала 2 место — 23 %). 4-ое место занимают пациенты — участники военных действий в Чечне и Афганистане (рис. 6 и 7).

С начала функционирования госпиталя мы обслуживаем не только город Новокузнецк, но принимаем на лечение жителей Юга Кузбасса: Таштагол, Мыски, Междуреченск, Осинники, Калтан и Новокузнецкий район. Для слаженной работы ежегодно проводим рабочие совещания с руководителями амбулаторно-поликлинической сети со всех территорий, в том числе и самого Новокузнецка. Работаем же мы следующим образом: иногородним ветеранам боевых действий и лицам, приравненным к ним, высылаются ежемесячно путевки в среднем по 10-12 шт. неврологического и терапевтического профилей, 4-6 путевок кардиологического профиля. На местах территории подбирают кандидатуры и направляют пациентов к нам. Городские ветераны и лица, приравненные к ним, ставятся на очередь заведующими профильных отделений по договоренности с зав. терапевтическими службами из всех поликлиник города. Очередность по городу ранее составляла 2,5 месяца, сейчас же, в связи с уменьшением этого же контингента, практически 2 недели. Если рассмотреть пролеченный контингент, то 60-70 % всех госпитальных больных составляют ветераны войн Новокузнецка и Новокузнецкого района и лишь 30-40 % — пациенты Юга Кузбасса. Характерная особенность в том, что имеется сочетанная патология и отмечается трудность коррекции полиморбидных состояний. Основные симптомы полиморбидности — нейропсихические (деменция, нарушение памяти, сна), пульмонологические (ХОБЛ, эмфизема), кардиологические (СССУ, АГ, ИБС, ХСН) гастроэнтерологические (нарушение синтетической функции печени, ГЭРБ), урологические и нефро-

Рисунок 4
Динамика госпитализированных в отделение ветеранов войн (в абс. цифрах)

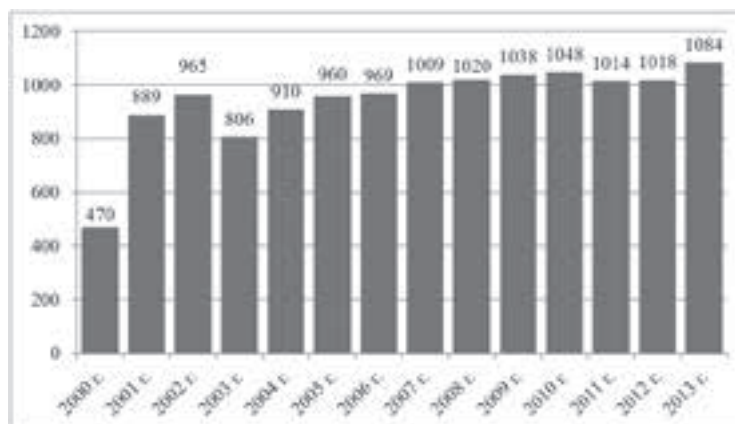


Рисунок 5
Динамика койко-дня с 2002 по 2013 гг. логические, опорно-двигательного аппарата. Про-



смаиваются такие взаимосвязи, как например, заболевания желудочно-кишечного тракта ведут к нарушениям секреторной недостаточности желудка и поджелудочной железы, последнее приводит к изменениям в кишечнике, а вследствие этого мы имеем анемию.

Или другой пример самой ятрогении, назначенные глюкокортикостероиды ведут к АГ, к остеопорозу, к язвенной болезни, к стероидному диабету.

Поэтому при назначении лечения этому контингенту требуется особенно тщательный подбор доз и учитывать все возможные взаимодействия медикаментов, здесь необходимо четко соблюдать правило: «Не навреди!». Лекарства в данных ситуациях при назначении делятся на жизненно необходимые, важные, второстепенные.

Так, к пожизненным рекомендациям относятся: нитраты, антиаритмические, ноотропы, нестероидные противовоспалительные средства, панкреатические энзимы, антидепрессанты и



снотворные; для увеличения продолжительности жизни: статины, гипотензивные, дезагреганты, антиостеопоротические, антианемические, антибиотики, противоопухолевые; геронтопротекторы: поливитамины, биостимуляторы.

Несмотря на трудности, которые мы испытываем с данным контингентом, из-за возрастного состава и тяжести сочетанной патологии, мы видим эффекты своего лечения, а в совокупности с государственной программой по ДЛО для этого контингента, лечение стало грамотным и полным по объему. На льготное лечение за последние 3 года было выделено 5557289 руб.

Учитывая, что основной патологией среди наших пациентов является хроническая ишемическая болезнь сердца, хроническая цереброваскулярная недостаточность, хроническая бронхолегочная патология, нами были внедрены и широко используются все необходимые методы диагностики и лечения: холтеровское мониторирование ЭКГ и АД, совместное суточное наблюдение этих параметров, которое помогает выявлять скрытую коронарную патологию, скрытые нарушения ритма, а также грамотно их санировать, кого-то медикаментами, других — направлять в специализированные кардиохирургические центры на КВГ, РЧА, стентирование, шунтирование и т.д. Широко используем велоэргометрию, доплеровское исследование сосудов. Большую помощь в диагностике, а также и в лечении оказывают нейрофизиологические методы: эхоэнцефалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, электромиография.

Для пациентов с бронхолегочной патологией используем пикфлоуметрию и спирографию, а для лечения — небулайзерную терапию.

Большой популярностью среди пациентов этого контингента пользуются все методы мануальной терапии, иглорефлексотерапия, фармакоаккупунктура, массаж, % охвата которым достигает 89 %. Хороший эффект получаем от лазеротерапии и электросна.

Поскольку госпитальные отделения открыты на базе профильных подразделений, широко используются все методы лабораторных исследований: детально исследуют липидный профиль, свертывающую систему, гликозилированный гемоглобин, гормональные исследования, онкомаркеры. Все это грамотно анализируется врачами, привлекая смежных специалистов-консультантов, таких как: хирург, ЛОР, окулист, эндокринолог, гинеколог, уролог, фтизиатр, психиатр, дерматолог, онколог, а иногда еще более узких, таких, как проктолог, сосудистый хирург, торакальный хирург. Поскольку больница работает в тесном контакте с восемью кафедрами ГИДУВа, наши методики постоянно совершенствуются, словом, больше внимания уделяется оснащению и своевременной реновации медицинским оборудовани-

ем, так, за последние 3 года в это отделение было приобретено оборудование на сумму 2162613 руб.

Ежегодно внедряются новые методы диагностики и лечения, в том числе и для этого контингента больных. Нас, врачей, сейчас очень радует, что мы у себя можем сделать все необходимые исследования, вплоть до СКТ, которое внедрено с июля 2013 года, мы о нем давно мечтали, и наша мечта сбылась (рис. 8).

Путь формирования положительной психо-эмоциональной среды решается за счет улучшения комфортности пребывания пациентов, о чем говорилось ранее, обеспечения их на должном уровне лекарственными препаратами, а также уделяя внимание одному их важных лечебных факторов — лечебному питанию; пациентов кормят 6 раз, согласно карточек меню, исходя из назначений врача. Стоимость питания на 1 больного сегодня составляет 89,76 руб.

Учитывая, что вопросы доступности и качества медицинской помощи вызывают в основном нарекания и недовольства населения, совместная профессиональная деятельность администрации, статистиков и других специалистов направлена на формирование информационной среды по принципу обратной связи с пациентами и персоналом учреждения, мы ежемесячно проводим анкетирование среди пациентов, что помогает увидеть свои недостатки и устранить их, хотя пациенты нас зачастую искренне благодарят.

Мы уделяем особое внимание вопросам этико-правового урегулирования коллегальных отношений путем проведения совместных конференций, путем телефонного общения с коллегами других территорий, о чем было сказано ранее. Проводим ежегодные научно-практические конференции, приурочивая их ко Дню Победы. На них мы делимся не только опытом, знаниями, особенностями лечения данного контингента больных по различным нозологиям, но и выявляем общие для всех ЛПУ ошибки с целью их дальнейшего устранения, то есть улучшения качества работы в оказании помощи этому контингенту.

Словом, повышая качество оказываемой помощи, перед нами стоят следующие задачи:

1. Высокий профессионализм персонала. Постоянное повышение квалификации.
2. Оснащение и своевременная реновация медицинским оборудованием (учитывая вопросы изношенности).
3. Внедрение нового в работу больницы.
4. Формирование положительной психо-эмоциональной среды и решение вопросов комфортности пребывания пациентов.
5. Взаимодействие с другими ЛПУ, преемственность оказания медицинской помощи, направление в другие ЛПУ.

Оказание медицинской помощи ветеранам войны в амбулаторных условиях также находится



Рисунок 1

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 им. Святого великомученика Георгия Победоносца»



Рисунок 2. Палата в отделении ветеранов войн



Рисунок 3. Будни в отделении ветеранов войн

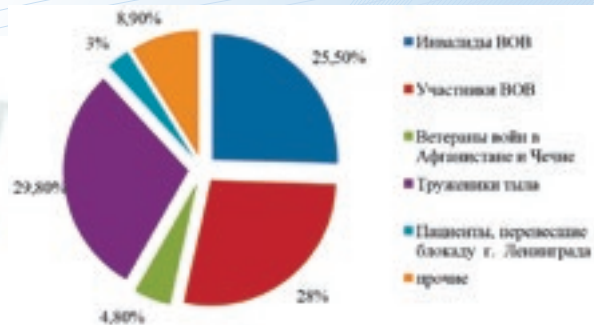


Рисунок 6

Соотношение, пролеченных в отделении ветеранов войн, категорий пациентов за 2002 г.



Рисунок 8. Кабинет СКТ



Рисунок 7

Соотношение, пролеченных в отделении ветеранов войн, категорий пациентов за 2013 г.



Рисунок 9

Пациенты отделения ветеранов войн всегда окружены вниманием и заботой

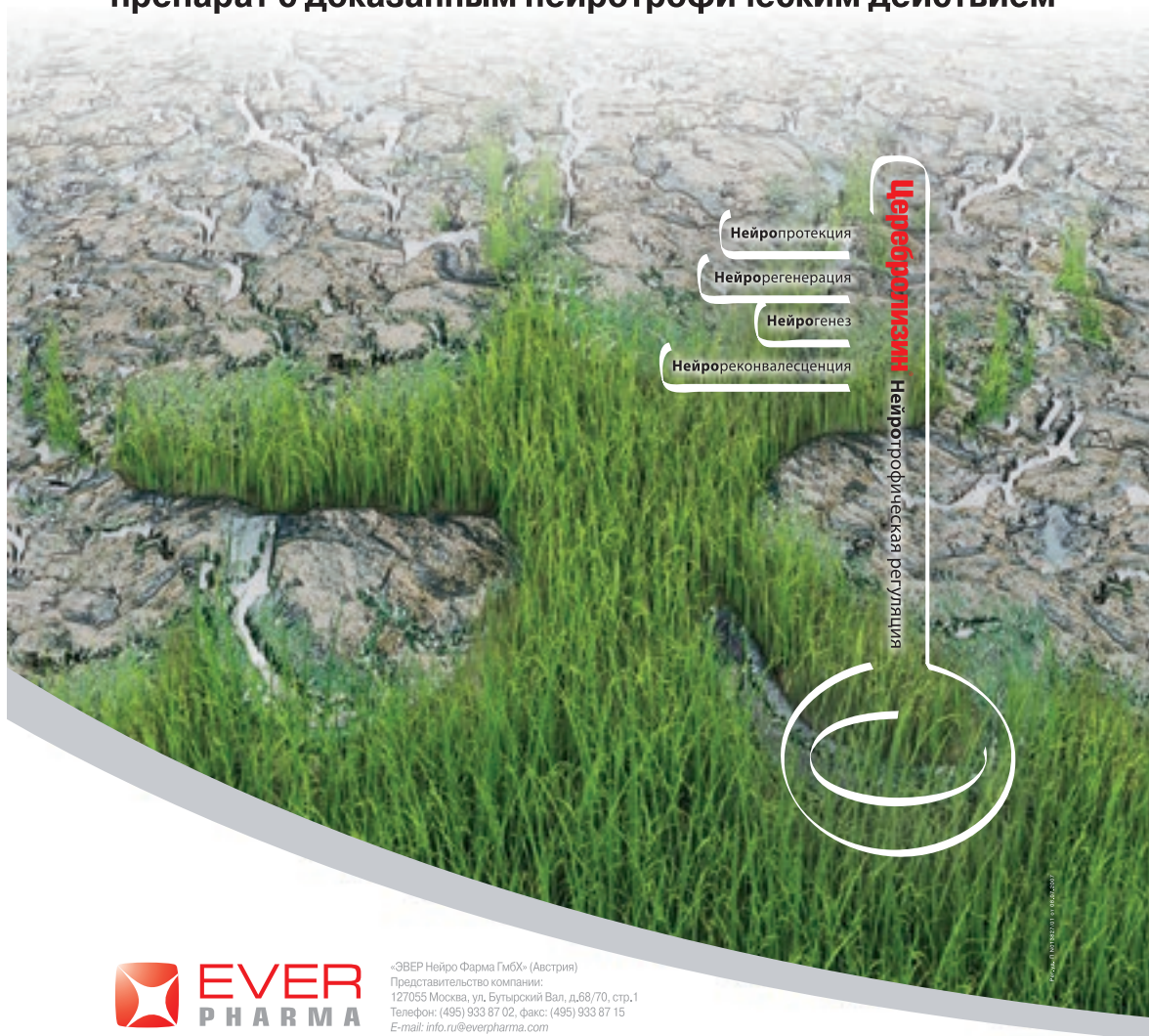




Церебролизин®

возрождает нейроны

препарат с доказанным нейротрофическим действием



«ЭВЕР Нейро Фарма ГмбХ» (Австрия)
Представительство компании:
127055 Москва, ул. Бутырский Вал, д.68/70, стр.1
Телефон: (495) 933 87 02, факс: (495) 933 87 15
E-mail: info.ru@everpharma.com
www.everpharma.com

Церебролизин® (Cerebrolysin®). Регистрационный номер: П N013827/01. Раствор для инъекций (ампулы и флаконы). 1 мл водного раствора препарата содержит 215,2 мг концентрата церебролизина (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи). ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Болезнь Альцгеймера, синдром деменции различного генеза, хроническая цереброваскулярная недостаточность, ишемический инсульт, травматические повреждения головного и спинного мозга, задержка умственного развития у детей, гиперактивность и дефицит внимания у детей; в комплексной терапии – при эндогенной депрессии, резистентной к антидепрессантам. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Индивидуальная непереносимость препарата; острая почечная недостаточность; эпилептический статус. В период беременности и кормления грудью применять с осторожностью. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Применяется парентерально (внутримышечно, внутривенно, внутривенно капельно). Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Для повышения эффективности лечения могут быть проведены повторные курсы. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: При чрезмерно быстром введении в редких случаях возможно ощущение жара, потливость, головокружение и др. Крайне редко отмечались аллергические реакции, проявляющиеся головной болью. ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: ЭВЕР Нейро Фарма ГмбХ, А-4866 Унтерах, Австрия, Европа.

* Полная информация о препарате – в инструкции по медицинскому применению.



под постоянным контролем администрации лечебных учреждений.

Всего в 19 поликлиниках под диспансерным наблюдением участкового терапевта находятся 8816 ветеранов войны и лиц, приравненных к ним.

Ежегодно составляется план лечебно-оздоровительных мероприятий на каждого пациента, в течение года ведется работа по этому плану. В поликлиниках организованы врачебные бригады для комплексного осмотра ветеранов. В состав этих бригад входят не только участковый терапевт, но и «узкие» специалисты, лаборанты по забору крови на исследование, записи электрокардиограммы, при необходимости другие исследования (ультразвуковое исследование, измерение внутриглазного давления для исключения глаукомы).

Эти же бригады выезжают на дом для диспансерного осмотра на дому маломобильных пациентов. По итогам осмотра планируется лечение, при необходимости — консультации других специалистов, плановое лечение в стационаре.

Всего за 2013 год охвачено комплексным медицинским осмотром 6112 человек, протезирование полости рта проведено 108 ветеранам войны, 56 труженикам тыла и 156 — реабилитированным.

Льготное лекарственное обеспечение по федеральному бюджету получают все инвалиды, в том числе и ветераны войны. По федеральному бюджету отпущено медикаментов на 188007,471 тыс. руб., по областному бюджету (труженики тыла и реабилитированные) — на сумму 2132,312 тыс. руб.

Ежегодно во всех лечебных учреждениях в канун Дня Победы проводятся встречи с ветеранами, ветеранами-медиками, в День Победы в стационарных отделениях лечебных учреждений организуются праздничные обеды для ветеранов (рис. 9).

Управлением здравоохранения осуществляется постоянный контроль за организацией качественной медицинской помощи ветеранам, ни одно обращение по проблемам ветеранов не остается без внимания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Куюков, И.Т. Состояние и пути оптимизации стационарной помощи ветеранам ВОВ в условиях областной больницы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. /Куюков И.Т. — СПб., 2010. — 31 с.
2. Горохова, З.П. Лечебно-профилактическая и реабилитационная помощь лицам пожилого и старческого возраста в условиях гериатрического центра /Горохова З.П. //Клиническая геронтология. — 2006. — № 4. — С. 35-37.
3. Гериатрические аспекты внутренних болезней /Мелентьев А.С., Гасилин В.С., Гусев Е.И. и др. — М., 1995. — 260 с.





ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С., ШЕХТМАН С.В., ВОЛОДИНА Н.Н.
*МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца», Новокузнецк*

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В МУНИЦИПАЛЬНОМ БЮДЖЕТНОМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 СВЯТОГО ВЕЛИКОМУЧЕНИКА ГЕОРГИЯ ПОБЕДОНОСЦА»

Национальный проект «Здоровье» направлен на повышение качества медицинского обслуживания населения в первичном амбулаторно-поликлиническом звене. Поставки лабораторного оборудования в рамках проекта позволили уменьшить сроки ожидания пациентами исследований, увеличить скорость выполнения анализов, пропускную способность и достоверность выполняемых исследований.

Ключевые слова: национальный проект; реализация; повышение качества медицинского образования; новые технологии; автоматизация клинического анализа.

DOROFEEVSKAYA L.S., SHEHTMAN S.V., VOLODINA N.N.
City clinical hospital N 2 of St George the Victorious, Novokuznetsk

IMPLEMENTATION OF THE PRIORITY NATIONAL PROJECT «HEALTH» IN CITY CLINICAL HOSPITAL №2 OF ST GEORGE THE VICTORIOUS

The national project «Health» is aimed at improving the quality of health care in the primary outpatient care. Delivery of laboratory equipment in the framework of the project helped to reduce the waiting times of patients and research to increase the speed of analysis, throughput, and reliability of the performed research.

Key words: national project implementation; improving the quality of medical education; new technologies; automation of clinical analysis.

Корреспонденцию адресовать:

ДОРОФЕЕВСКАЯ Лариса Степановна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-52. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

ДОРОФЕЕВСКАЯ Лариса Степановна, врач клинической лабораторной диагностики, зав. клинико-диагностической лабораторией, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ШЕХТМАН Светлана Владимировна, врач клинической лабораторной диагностики, зав. биохимической лабораторией, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ВОЛОДИНА Наталья Николаевна, засл. врач РФ, отличник здравоохранения, врач-терапевт высшей категории, зам. главного врача по лечебной части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

DOROFEEVSKAYA Larisa Stepanovna, doctor of clinical laboratory diagnostics, head of clinical diagnostic laboratory, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
SHEHTMAN Svetlana Vladimirovna, doctor of clinical laboratory diagnostics, head of biochemical laboratory, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
VOLODINA Nataliya Nikolaevna, honoured doctor of the Russian Federation, excellence in health care, doctor of higher category, deputy chief medical officer for medical parts, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.



Национальный проект, как направление социальной политики в 2005-2007 г., были представлены Президентом Российской Федерации на встрече с членами Правительства 05.09.2005 года.

Национальный проект «Здоровье» направлен на повышение качества медицинского обслуживания населения в первичном амбулаторно-поликлиническом звене. Модернизировать работы лабораторной службы амбулаторно-поликлинического звена, которая на тот период была в состоянии коллапса (изношено оборудование, оборудование вчерашнего дня, отсутствие кадров). Программа была направлена на вывод лабораторий на более высокий виток развития. Не новость, что многие лаборатории не знают о возможностях автоматизации клинического анализа и о новейших технологиях. Повысить престиж лабораторной службы в целом.

Цель статьи — рассказать об успехах и трудностях лабораторной службы больницы в период ввода в эксплуатацию оборудования, полученного по ПНП «Здоровье». А так же о том, как улучшилось качество лабораторных исследований и в целом лабораторной службы.

В 2006-2007 годах было поставлено оборудование для лабораторной службы в количестве трех комплектов по ПНП «Здоровье». В комплект вошли необходимые материалы и комплектующие для обеспечения работоспособности оборудования, а так же комплект реактивов, обеспечивающего запуск и начальный период эксплуатации оборудования.

Согласно ПНП «Здоровье», после поставки оборудования, поставщиком были проведены работы по его доставке, монтажу и вводу в эксплуатацию. А так же первичное обучение медицинского персонала работе на полученном оборудовании.

Фирма, осуществляющая установку и обслуживание приборов, рационально подошла к обучению. Первичное обучение проведено во время ввода в эксплуатацию прибора. Дальнейшее обучение персонала лаборатории проводилось во время работы на поставленном оборудовании. Проводили консультации. Но не всегда необходимая помощь поступала не всегда вовремя. Возможно, это связано с тем, что оборудование сразу поступило во все больницы области, а обслуживающая организация только одна на весь Юг Кузбасса. В самой обслуживающей организации не хватало квалифицированных специалистов, способных осуществлять справочную и техническую поддержку при работе приборов и консультацию персонала медучреждений.

На тот период отсутствовала любая методическая литература, которая могла подробно дать техническое описание отдельных приборов и работы с ними, а так же учебные пособия с описанием необходимых преаналитических процедур.

Приходилось обучаться самостоятельно. Пришлось использовать любые источники, в которых можно было узнать что-то по работе анализаторов. Большую помощь оказала кафедра лабораторной диагностики Новокузнецкого ГИУВа. Неоднократно проводились конференции и семинары, обучающие мастерству владения новой лабораторной техникой, а так же уделялось большое внимание преаналитическому этапу исследования, контролю качества этих исследований.

В конце пуско-наладочных работ выявился ряд проблем: отсутствие должного технического оснащения лабораторий первичного звена. Все приборы являются чувствительными электронными системами, реагирующими на любые внешние факторы (свет, температура, запыленность, некачественная вода для промывания прибора, магнитные поля, перепады напряжения в сети). Все эти факторы приводят к неправильным результатам исследований и даже выходу из эксплуатации оборудования. Пришлось приспосабливаться к заданным условиям.

Основная направленность приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» — это смещение акцента оказания медицинской помощи в первичное звено. Повышение доступности и качества медицинской помощи, создание условий для эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Полученное оборудование (гематологический анализатор, анализатор мочи) позволило расширить спектр исследований; увеличить количество измеряемых показателей крови и мочи. С поставкой комплектов оборудования для иммуноферментного анализа были освоены, недоступные ранее исследования: исследование гормонального статуса, включая гормоны щитовидной железы, надпочечников, гипопифиза; определение онкомаркеров. Использование современных методов лабораторной диагностики позволило повысить эффективность диагностических и лечебных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе. В процессе эксплуатации приборов была отмечена исключительно высокая точность и аналитическая надежность данного оборудования.

Но самое основное, что поставки лабораторного оборудования в рамках ПНП «Здоровье», повлияли на сроки ожидания пациентами проведения исследований. В среднем сроки ожидания проведения гематологического анализа сократились в 3-4 раза, иммуноферментного анализа сократились в 4-5 раз, биохимического анализа сократились в 1,5-2 раза.

В процессе эксплуатации приборов, полученных по ПНП «Здоровье», выявилось ряд недостатков. Все поступившие аппараты были обеспечены реактивами только на короткий период — примерно 1-2 месяца. Дальнейшая закупка должна проводиться за счет лечебного

учреждения, в которое поступило оборудование, дополнительных средств на эти цели не были предусмотрены. В бюджет лечебных учреждений деньги на данные реактивы на год также не предусмотрены. Поэтому первый год эксплуатации приборов были проблемы с поставкой реактивов. В комплект стартовых реактивов не были предусмотрены контрольные материалы, которые необходимы в ежедневной работе на данном оборудовании, так как требует приказ МЗ РФ № 220.

Не было предусмотрено ежемесячное (хотя бы первые 2-3 месяца) «патронажное» профилактическое обслуживание поставленного оборудования. А так же сотрудники «Медтехники» не всегда отвечали требованиям КДЛ на тот период. Не хватало высокопрофессиональных специалистов по оказанию услуг по ремонту и техническому обслуживанию лабораторного оборудования.

Сказалась также недостаточная подготовка медицинских кадров. Их не компетентность, а порой и незнание, во время забора и подготовки образцов к анализу. Желательно было расширить подготовку специалистов лабораторной диагностики, а так же сестринского персонала отделений. Ввести в обучение знакомство с новым оборудованием, принцип забора крови у пациента на исследования, так как забор крови — это 90 % правильности и точности дальнейшего результата анализа. Выпустить пособия по применению оборудования, его принцип работы, для обучения и повышения квалификации специалистов по лабораторной медицине. Надо отметить, что последние годы в прессе стали появляться статьи, а также появились данные пособия. Но на период получения оборудования по ПНП «Здоровье» такого не было, что вызывало большие трудности медицинского персонала.

Согласно приказу МЗ РФ, для анализа эффективного использования диагностического оборудования, полученного в рамках ПНП «Здоровье», с начала эксплуатации приборов ведутся формуляры, который вносятся обобщенные данные об исследованиях за смену; о времени, затраченном на исследование, кто проводил данное исследование. Ежемесячно данные передаются в Областной медицинский информационный центр, где учитывается работа, простой оборудования и причины этого простоя.

Поставка оборудования по ПНП «Здоровье» запустила процесс переоснащения и автоматиза-

ции производственной деятельности КДЛ первичного звена. Но, несмотря на то, что приборы повысили производительность труда клинико-диагностической лаборатории, они не обеспечивают весь объем лабораторных исследований. Количество нагрузки на глаза возросло в разы (исследование мазков крови, осадка мочи). Увеличение количества пациентов требует увеличения времени на забор крови из пальца (и не только на гематологические исследования, но и на исследование глюкозы), постановку СОЭ и других процедур, которые не могут быть выполнены автоматически. Поэтому нагрузка на лаборатории не уменьшилась, а возросла в разы, произошла автоматизация только некоторых исследований, тогда как количество и спектр исследований увеличился.

ВЫВОДЫ:

1. Поставки лабораторного оборудования в рамках ПНП «Здоровье» уменьшили сроки ожидания пациентами исследований.
2. Увеличилась производительность и эффективность труда лабораторий.
3. Увеличилось количество измеряемых параметров крови, мочи, а так же точность полученных данных на анализаторах.
4. Комплект оборудования для иммуноферментного анализа позволил запустить новые методики, недоступные ранее: гормоны щитовидной железы, анализы с применением онкомаркеров.
5. Удалось увеличить скорость выполнения анализов, пропускную способность и достоверность выполняемых исследований в КДЛ. Позволили заменить физически и морально устаревшее оборудование.

Изменение подхода к первичной медико-санитарной помощи, оснащение современным диагностическим оборудованием, внедрение новых методик и методов исследования, новые методы профилактики и лечения стали приносить первые положительные результаты.

Оборудование, полученное по ПНП «Здоровье», стало отправной точкой в автоматизации лабораторной службы. Больницы самостоятельно начали приобретать новое оборудование, улучшающее работу лабораторной службы, а также процесс лечения и профилактики пациентов. Ведь здоровье населения является главным показателем качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Луговская, С.А. Гематологические анализаторы. Интерпретация анализа крови /Луговская С.А., Почтарь М.Е. — Тверь, 2007. — 112 с.
2. Долгов, В.В. Биохимические исследования в клинико-диагностических лабораториях ЛПУ первичного звена здравоохранения

/Долгов В.В., Селиванова А.В. — СПб., 2006. — 231 с.

3. Долгов, В.В. Иммуноферментный анализ в клинико-диагностических лабораториях /Долгов В.В., Раков Н.Г. — Тверь, 2007. — 419 с.
4. Лабораторная диагностика России: ежегодный справочник — 2006-2007 гг. — 260 с.



КОУРДАКОВ М.В.
МБЛПУ «Зональный перинатальный центр»,
г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

В данной статье отражается особенность организационно-методической работы в перинатальном центре, в качестве примера взято МБЛПУ «Зональный перинатальный центр», г. Новокузнецк. Данное учреждение предоставляет большой спектр медицинской помощи населению г. Новокузнецка и Юга Кемеровской области. В статье рассматриваются особенности работы организационно-методического кабинета, методы и способы получения и обработки информации. Внедрение новых стандартов оказания медицинской помощи, новых технологий, таких как телемедицина и высокотехнологическая медицинская помощь. Делаются выводы о необходимости совершенствования работы службы.

Ключевые слова: организационно-методическая помощь; информация; медицинская помощь.

KOURDAKOV M.V.
Regional Perinatal the Centre, Novokuznetsk.

PARTICULAR QUALITIES OF ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL WORK IN THE PERINATAL CENTER

This article reflects the features of organizational and methodological work in the perinatal center, for example Municipal state-financed treatment-and-prophylactic establishment «Regional perinatal the centre», Novokuznetsk. This agency provides a wide range of medical care for Novokuznetsk and South Kemerovo region. The article discusses the features of the organizational and methodical study, methods and processes for the preparation and processing of information. The introduction of new standards of medical care, new technologies such as telemedicine and high-tech medical care. Finally, conclusions about the need to improve the service.

Key words: organizational and methodical care; information; medical care.

Корреспонденцию адресовать:

КОУРДАКОВ Михаил Владимирович,
654041, г. Новокузнецк, ул. Сеченова, 26,
МБЛПУ «Зональный перинатальный центр».
Тел: +7-923-466-5448; 8 (3843) 79-69-07. E-mail: m-kourdakov@rambler.ru

Сведения об авторах:

КОУРДАКОВ Михаил Владимирович, методист, организационно-методический кабинет, МБЛПУ «Зональный перинатальный центр», г. Новокузнецк Россия.

Information about authors:

KOURDAKOV Mikhail, Methodist, organizational and methodical department, Regional Perinatal the Centre, Novokuznetsk, Russia.

Важное место в системе здравоохранения занимает первичная медико-санитарная помощь, выполняя функции по охране и укреплению здоровья, улучшению качества жизни, профилактике и лечению болезней, реабилитации больных и инвалидов, оказанию медико-санитарной помощи людям, испытывающим страдания и безнадежно больным [1]. Тем самым, это позволяет обеспечить приближение медико-санитарного обслуживания населения к ме-

стам непосредственного проживания и труда людей. Для улучшения качества оказания медико-санитарной помощи, а также санитарно-просветительской работы необходимо объединение усилий различных учреждений здравоохранения, учебных заведений, неправительственных организаций, средств массовой информации, производственно-промышленной сферы, социальных служб в рамках единых целевых программ укрепления здоровья [2]. Данные программы необ-

ходимо ориентировать на укрепление здоровья населения, не только посредством оказания качественной медицинской помощи пациентам на клиническом уровне; но и медико-санитарной, профилактической работы на уровне города и выше.

Организационно-методический кабинет, являясь структурным подразделением Муниципального бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Зональный перинатальный центр», координирует и обеспечивает организационно-методическую работу структурных подразделений «ЗПЦ». Организационно-методический кабинет в своей деятельности руководствуется Уставом МБЛПУ «ЗПЦ», приказами, распоряжениями, инструкциями и указаниями вышестоящих органов здравоохранения и должностных лиц, а также законодательством РФ [3].

Основной целью кабинета является повышение доступности и качества медицинской помощи в МБЛПУ «Зональный перинатальный центр», посредством организации, развития, координация и поддержке первичной медико-санитарной помощи, совершенствования организационных форм доступной квалифицированной и специализированной врачебной помощи населению.

К основным направлениям деятельности организационно-методической работы относятся:

- организация, планирование, и координация медицинской помощи в Учреждении в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, а также своевременное их обновление. Реализация принципов Всемирной организации здравоохранения по развитию ПМСП. Специалисты отдела регулярно мониторят нормативные документы Министерства здравоохранения РФ, такие как порядки, стандарты оказания медицинской помощи, организуют их внедрение в практику. В настоящее время МБЛПУ «Зональный перинатальный центр» работает более чем по 30 «Порядкам оказания медицинской помощи»;
- подготовка отчетной документации, а также анализ деятельности Учреждения. В отделе проводится сбор статистической отчетности, анализ статистических данных. Ежемесячно учреждение формирует отчеты по работе со СМИ, различные статистические отчеты, ежеквартальные отчеты по профилактике, информация о выявленных штаммах. Полу-годовые отчеты включают в себя: отчеты по профилактике. Ежегодно: профилактические, анализ писем и обращений, годовой отчет по учреждению (организационно-методическая и выездная работа, отчет о научно-практической деятельности, отчет по работе со СМИ, критерии доступности и качества медицинской помощи, 42 форма) отчет по Школам здоровья

для Центра медицинской профилактики. Большое количество различных текущих отчетов, связанных с запросами из Управления здравоохранения и Департамента охраны здоровья населения; отчеты о проведенных мероприятиях, приуроченных к памятным датам, декадам, отчеты о проученных специалистах на циклах повышения квалификации и прочее;

- аналитическая работа по обобщению, структурированию и анализу данных, по вопросам сохранения репродуктивного здоровья населения, профилактике заболеваний, оценке физического развития детей, снижения материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости по Югу Кузбасса;
- осуществление информационного обеспечения специалистов и различных групп населения по вопросам охраны здоровья и планирования семьи, гигиенического обучения и воспитания населения. Участие в разработке и реализации комплексных программ по сохранению и укреплению здоровья;
- подготовка и проведение ЛКК, КИЛИ, КАК, дней специалиста и иных как внутрибольничных, городских, так и областных мероприятий;
- организация мероприятий по повышению квалификации и аттестации медицинских работников, проведение конференций, семинаров; консультирование в вопросах формирования необходимой документации;
- обработка данных медицинской и социальной деятельности Центра;
- организация связи с общественностью, средствами массовой информации, с общественными организациями города. Сотрудники кабинета оказывают организационно-методическую и консультативную помощь при подготовке лекций, бесед, радиопередач, «круглых столов», конференций, семинаров, совещаний. Подготавливают информацию для размещения в средствах массовой информации по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний;
- подготовка тематических материалов, материалов профилактической направленности: наглядные и печатные материалы по здоровому образу жизни, оздоровлению и медицинской профилактике, распространение инструктивно-методических документов по сохранению и укреплению здоровья, наглядных пособий санитарно-просветительского характера, создание банка санпросветлитературы, лекций, бесед, статей медицинского профиля из периодической печати для использования в повседневной работе;
- взаимодействие с другими системами народного хозяйства (образования, соцзащиты, про-



- мышленности, сельского хозяйства и др.) по вопросам комплексного подхода к охране здоровья населения, с ведомственными службами здравоохранения. Анализ причинно-следственных связей между здоровьем населения, его образом жизни и санитарной культуры, уровнем медицинской помощи, экологической ситуации в регионе;
- участие в работе общественных организаций, создаваемых при органах управления здравоохранения и в учреждениях здравоохранения, направленных на аттестацию работников учреждения здравоохранения, а также по вопросам охраны здоровья;
 - организация и ведение контроля формирования номенклатуры дел, комплектования архивов учреждения здравоохранения документами и обеспечение нормативных сроков их хранения;
 - оказание консультативной и организационно-методической помощи медицинским сотрудникам МБЛПУ «ЗПЦ» по вопросам участия в различных конференциях, симпозиумах, отчетных выступлениях. Внедрение новых организационных форм, новых методов диагностики и лечения, научной организации труда (НОТ); участие в организации и обобщении работы по изобретательству и рационализации, ведет контроль внедрения. Обеспечение организации, поддержки, развития научной деятельности ЗПЦ, отслеживание достижений современной науки;
 - разработка и выпуск различных бланков Учреждения для медицинских подразделений Центра;
 - участие в организации проведения экспертизы качества медицинской помощи в Учреждении.

В административной работе учреждения здравоохранения важным является своевременная и оперативная работа с различными документами и документооборот. Организационно-методический кабинет является сосредоточением большинства организационно-распорядительной документации, касающейся системы здравоохранения (различные приказы МЗ РФ, департамента или управления; порядки и стандарты оказания медицинской помощи), основных указов, законов и постановлений правительственных органов. Всю эту информацию необходимо не только хранить, но и распространять среди различных структурных подразделений Центра.

Однако, помимо документоведческой работы, сотрудникам кабинета приходится применять на практике различные информационно-вычислительные приемы. В системе здравоохранения получение и обработка информации является трудоемкой задачей, во многом это напрямую зависит от грамотной и оперативной регистрации информации на местах, от различных спо-

собов ее получения, передачи и обработки. Разработка единых стандартов регистрации информации и использования различных систем ее получения и преобразования в качественную информацию является одной из важнейших проблем, которую необходимо решать на высшем уровне.

Оценка деятельности на предмет ее соответствия поставленным целям на каждом этапе требует постоянного наблюдения и обработки данных с помощью современных аналитических методов. Организационно оценка медицинской деятельности представляет собой единство комплексов учета выполненной работы, контроля и собственно оценок. В комплекс учета включаются: непрерывное наблюдение за различными сторонами медицинской деятельности, выявление параметров деятельности, регистрации выявленных изменений и т. д., то есть все процессы от получения информации об оцениваемом объекте до принятия управленческого решения на основе результатов оценки. В связи с этим, возникает необходимость использовать методику мониторинга [4].

Понятие «мониторинг» пришло из информатики, где оно употреблялось для обозначения измерения производительности и контроля сроков реализации процессов в компьютерных системах. В более широком смысле мониторинг — это система, обеспечивающая постоянный контроль и измерение качества и эффективности производственных процессов. Для этого используются соответствующие показатели, отражающие различные свойства управляемого объекта в динамике.

Мониторинг — непрерывная во времени, целенаправленная деятельность, связанная с постоянным наблюдением, оценкой и прогнозом состояния наблюдаемых объектов в целях развития процесса. Мониторинг как совокупность определенных действий есть проявление управленческой деятельности, форма применения комплекса важнейших управленческих функций, направленных на то, чтобы на ранних стадиях выявлять любые отклонения от ожидаемых результатов.

Цель мониторинга медицинской деятельности — обеспечение фактическим материалом информационной базы системы управления организацией здравоохранения, в частности системы оценки ее деятельности в непрерывной динамике [4]. К основным задачам мониторинга относятся выявление, регистрация и накопление данных. Мониторинг дает возможность улучшить ценность получаемой информации путем сокращения временных интервалов ее получения. Существующие стандартные (отчетные) системы получения информации по определенным временным периодам (месяц, квартал, полугодие, год) часто являются источником ошибок и неточностей. Эти ошибки и неточности связаны с фактором време-

ни. Чем больше временной интервал, тем выше степень неточности информации, получаемой из этих источников. Для объективной оценки информации необходимо обеспечить ее репрезентативность. Грамотное составление информации о результатах способствует правильному принятию решения. Процесс поиска, сбора, накопления и переработки информации связан с затратами времени, сил и средств.

Поступающий в органы управления здравоохранением поток информации уже много раз переработан на различных этапах и усреднен, поэтому не может быть в полной мере использован в оперативном управлении местными органами здравоохранения. Назрела настоятельная необходимость переработки информации посредством использования информаци-

но-вычислительных методов, создания банков оперативной информации учреждений на базе основной документации и первичных учетно-отчетных форм [5, 6].

Важно отметить, что для качественного выполнения поставленных перед организационно-методической службой целями необходимо наличие специалистов с различным образованием: медицинским, социальным, педагогическим, психологическим, а также специалистов в сфере информационных технологий. Все это связано с тем, что задачи, которые приходится решать организационно-методической службе, хотя фактически и числятся в сфере оказания медицинской помощи, на деле являются многогранными и не могут быть решены с применением какого-то одного узкого подхода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Доклад заведующей организационно-методическим кабинетом организационно-методического отдела на итоговый медицинский совет – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, 2012.
2. Организационно-методическая работа в центральной районной больнице: метод. реком. /Чернышев В.М., Степанов В.В., Цыцорина И.А. и др. – Новосибирск, 2007. – 150 с.
3. Положение об организационно-методическом кабинете МБЛПУ «Зональный перинатальный центр».
4. Вальчук, Э.А. Организационно-методическая служба в системе здравоохранения. Место и роль организационно-методической службы в управлении здравоохранением /Вальчук Э.А. //Режим доступа: URL: http://belmapo.by/downloads/oziz/orgmet_sluzhba_zdr.doc
5. Перспективы развития организационно-методической работы как основы управления деятельностью сети и кадров лечебно-профилактических учреждений административной территории /Вахитов Ш.М., Блохина М.В., Рыбкин Л.И. и др. //Казан. мед. журнал. – 2004. – Т. 85, № 6. – С. 457-459.
6. Шеин, А.Ф. Организационно-методическая работа в многопрофильном военном госпитале в условиях инноваций: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Шеин А.Ф. // Науч. библ. дис. и автореф. disserCat: //Режим доступа: URL: <http://www.dissercat.com/content/organizatsionno-metodicheskaya-rabota-v-mnogoprofilnom-voennom-gospitale-v-usloviakh-innova#ixzz3BJOjJRF>.



БОБЫЛЕВА О.И., ВОЛОДИНА Н.Н.
*МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи населению проведена оценка показателей потоков пациентов, направляемых в стационар МБЛПУ ГКБ № 2, проанализированы элементы медицинского обслуживания больных, поступивших по экстренным показаниям.

Ключевые слова: организация здравоохранения; приемное отделение; экстренная помощь; группы обратившихся за экстренной помощью; уровень госпитализации.

BOBYLEVA O.I., VOLODINA N.N.
City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk

FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

In order to improve the quality of medical care to the population assessed indicators flow of patients referred to City hospital N 2, analyzed the elements of medical care patients received for emergency indications.

Key words: the health care organization; reception, the emergency help; groups asked for the emergency help; hospitalization level.

Корреспонденцию адресовать:

БОБЫЛЕВА Оксана Игоревна
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-00. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

БОБЫЛЕВА Оксана Игоревна, зав. приемным отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ВОЛОДИНА Наталья Николаевна, засл. врач РФ, отличник здравоохранения, врач-терапевт высшей категории, зам. главного врача по лечебной части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

BOBYILEVA Oksana Igorevna, head of admission department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

VOLODINA Nataliya Nikolaevna, honoured doctor of the Russian Federation, excellence in health care, doctor of higher category, deputy chief medical officer for medical parts, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Реформирование здравоохранения в течение сравнительно небольшого периода времени (менее 10 лет), введение медицинского страхования вызывает необходимость глубокого и всестороннего анализа деятельности всех медицинских учреждений [1].

Одним из важных структурных подразделений любого стационара, оказывающих большое влияние на все стороны его деятельности, является приемное отделение. Функции приемного отделения чрезвычайно разнообразны и ответствен-

ны, причем ответственность приемного отделения за рациональную, высокоэффективную работу всего стационара в последние годы заметно возросла. Увеличение доли больных, направленных в стационары по экстренным показаниям, введение медицинского страхования с жесткой системой контроля за медицинской обоснованностью госпитализации, сметное «утяжеление» контингента, направляемого на стационарное лечение, в определенной мере переориентирует функции приемного отделения. Важнейшими функциями



приемного отделения становятся: отбор больных, доставленных по экстренным показаниям, на госпитализацию, что невозможно без точной диагностики, и оказание экстренной лечебной помощи. Хочется подробнее проанализировать факторы, отрицательно влияющие на выполнение этих важных функций и, как следствие этого, на уровень качества оказания медицинской помощи в приемном отделении.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из первых стоит отметить огромный рост количества отказов в госпитализации при относительно стабильно высоких показателях общего количества пациентов (13-14 тысяч человек) доставленных и/или обратившихся в приемное отделение. За последние 5 лет этот показатель увеличился на 43 % (2244 отказов в 2009 г. и 3916 отказов в 2013 г.). А в соотношении общее количество\количество отказов в 2009 году это 16 % (13884/2244, соответственно) и в 2013 году уже 29,8 % (13098/3916), то есть почти третья часть пациентов от общего числа. Высокий процент отказов является тревожным и должен быть сведен к минимуму, потому что каждый отказ подразумевает нагрузку именно на приемное отделение, ведь перед этим требуется обязательное выполнение хотя бы минимального набора анализов, ЭКГ, при необходимости — консультация нескольких специалистов, двойная нагрузка на врача, так как предполагается повторный осмотр с результатами проведенных обследований и дача рекомендаций, что с учетом роста количества отказов в госпитализации, в геометрической прогрессии увеличивает нагрузку на отделение и снижает уровень качества оказания медицинской помощи.

Следующим фактором, как отдельным показателем, так и непосредственно участвующим в росте числа отказов в госпитализации можно назвать отсутствие квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Потребность в получении подобной вида помощи людям в возрасте старше 60 лет в 4-6 раз выше, чем у остальной части населения. В настоящее время к СМП ежегодно прибегает практически каждый пожилой житель и каждый 5-й доставляется на госпитализацию по экстренным показаниям. В то же время известно, что среди находящихся в стационарах пожилых больных 20 % не нуждается в стационарной помощи. Обследование и оформление в приемном отделении каждого из этой группы пациентов непосредственно занимает значительную часть рабочего времени, ведет к задержкам во всем рабочем процессе, снижении его эффективности. Составляющими низкой квалификации медицинской помощи на догоспитальном этапе можно считать:

- отсутствие должного диспансерного наблюдения и лечения амбулаторно-поликлинической

службой в связи с малой укомплектованностью кадрами;

- недисциплинированность самих больных в соблюдении рекомендаций по амбулаторному лечению (например, нерегулярном приеме рекомендованных препаратов);
- низкий уровень санитарно-просветительной работы;
- отсутствие специализации СМП по неотложной гериатрии с применением современных методов оказания медицинской помощи;
- постепенное замещение линейных врачебных бригад СМП на фельдшерские в связи с кадровым дефицитом;
- неверная тактика бригад СМП на месте вызова, в частности недостаточный сбор анамнеза и неправильная оценка состояния пациента, что влияет на частоту случаев поздней или несвоевременной доставки в стационар, определяет высокий процент расхождения диагнозов «скорой помощи» и стационара.

Три последних пункта особенно важны, так как пациенты, доставленные СМП, составляют не менее 70 % из числа госпитализированных, и не менее 80 % из числа «отказных».

Несомненным фактором, оказывающим «тормозящее» действие на весь процесс обследования и оказания медицинской помощи в приемном отделении, является рост числа пациентов БОМЖ и лиц, находящихся в той или иной степени алкогольного опьянения. Именно бригадами СМП доставляется более 90 % подобного контингента (хотя при адекватной оценке состояния пациента на месте можно избежать неоправданной доставки его в стационар). Рост лиц БОМЖ за период 5 лет составил 34 % (114 человек в 2009 г., 173 — в 2013 г.). Совершенно очевидно изменение в соотношении отказов лицам БОМЖ к госпитализации лиц БОМЖ (2009 год — 48/66 2013 год — 123/50), то есть в последнее время треть из этой категории пациентов, не нуждающихся в оказании медицинской помощи, длительно пребывают на территории отделения, тем самым создавая трудности и задержки в оказании обычным застрахованным, зачастую требующих срочного лечения.

Особенно отрицательно на работе приемного отделения сказалось закрытие вытрезвителей с 01.12.2011 года. Отсутствие специализированных отделений и больниц по приему лиц в состоянии алкогольного опьянения, послужили причиной того, что каждый 5-й больной, поступивший в приемное отделение больницы, был в состоянии алкогольного опьянения (2767 человек из общего числа 13098 — в 2013 году). Госпитализации подлежат лица, имеющие тяжелую степень алкогольного отравления, но не опьянения, или тяжелую соматическую патологию, воз-



никшую как следствие злоупотребления алкоголем или его суррогатами. Если больные и лица в состоянии алкогольного опьянения тяжелой степени серьезно осложняют работу персонала приемного отделения, требуют дополнительного штата фельдшеров, санитаров и специализированной охраны, а также специальных помещений для наблюдения за ними, то лица в состоянии алкогольного опьянения часто не требующие врачебного вмешательства, а тем более лица, оказавшиеся практически здоровыми, не только нарушают работу отделения, но нередко сводят эту работу к несвойственным для прием-

ного отделения и стационара в целом функциям вытрезвителя [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной статье мы рассмотрели наиболее крупные и значимые факторы, снижающие уровень качества оказания медицинской помощи в приемном отделении. Но все они являются управляемыми и решаемыми при дальнейшем реформировании системы здравоохранения, обучении медицинских кадров, повышении уровня медицинской грамотности населения, возможной системе контроля употребления алкоголя в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рыбкин, А.Ю. Научное обоснование организации работы приемного отделения крупного многопрофильного стационара при приеме больных, поступающих по экстренным показаниям: автореф дис. ... канд. мед. наук /Рыбкин А.Ю. – СПб., 1996. – 127 с.
2. Вахрамеева, Е.В. Оптимизация работы и использования ресурсов приемного отделения многопрофильной больницы интенсивного лечения в современных социально-экономических условиях: авторефераты диссертаций ... канд. медицинских наук /Вахрамеева Е.В. – Омск, 2006. – 192 с.





ТАРАСКО А.Д., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., САЛАМАНОВ В.И., ЕСАУЛОВА О.А.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» МЗ РФ,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого Великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

РАЗВИТИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ 2-Й ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. НОВОКУЗНЕЦКА

В статье приведены данные о становлении амбулаторной хирургии в Новокузнецке и, в частности, как структуры в системе городской больницы № 2. Ускоренное развитие происходило в период промышленного развития города, когда строился Кузнецкий металлургический комбинат. До 90-х годов XX века амбулаторная хирургия в Новокузнецке как самостоятельное клиническое направление отсутствовала и была представлена хирургическими кабинетами в поликлиниках. Открытие 15 декабря 1999 года Центра амбулаторной хирургии при ГКБ №2 знаменует выделение амбулаторной хирургии как клинического направления, которое позволило увеличить объем и сложность хирургической работы на амбулаторном этапе, позволило использовать стационарзамещающие технологии. В ЦАХ МБЛПУ ГКБ №2 выполняется до 600 операций средней степени сложности в год. Приобретенный опыт позволил выявить проблемы, которые сдерживают развитие амбулаторной хирургии на современном этапе.

Ключевые слова: амбулаторная хирургия; Центр амбулаторной хирургии; стационарзамещающие технологии.

TARASKO A.D., LUKASHEVICH G.G., SALAMANOV V.I., ESAULOVA O.A.
*Novokuznetsk Postgraduate Medical Training Institute,
Municipal clinical Health care Facility City Hospital N 2, Novokuznetsk*

DEVELOPMENT OF AMBULATORY SURGERY IN MUNICIPAL CLINICAL HEALTH CARE FACIY «CITY HOSPITAL N 2» OF NOVOKUZNetsk

The article presents the data on the formation of ambulatory surgery in Novokuznetsk as a part of clinical surgery. The industrial development of the town, when the Kuznetsk smelter was built, accelerated the development of ambulatory surgery. But there was no ambulatory surgery as an independent clinical direction in Novokuznetsk before 1990s. The opening of the Ambulatory Surgery Center in the municipal clinical hospital N 2 in December 15, 1999 marked ambulatory surgery as a clinical direction, which helped increase the volume and complexity of surgeries at ambulatory stage and allowed to use hospital-replacing technologies. Ambulatory Surgery Center of municipal clinical hospital N 2 performs up to 600 operations of medium difficulty in a year. Gained experience has revealed the problems that hamper the development of ambulatory surgery at the present stage.

Key words: ambulatory surgery; Ambulatory Surgery Center; hospital-replacing technologies.

Адрес для корреспонденции:

ТАРАСКО Андрей Дмитриевич,
654027, г. Новокузнецк, ул. 25 лет Октября, д. 4, кв. 9.
Тел: 8 (3843) 74-14-29. E-mail: anta19562008@yandex.ru

Сведения об авторах:

ТАРАСКО Андрей Дмитриевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра хирургии, урологии и эндоскопии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: anta19562008@yandex.ru

ЛУКАШЕВИЧ Георгий Георгиевич, засл. врач России, главный врач, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого Великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: hosp2@online.nkz.ru.

САЛАМАНОВ Владимир Иванович, врач высшей категории, зав. отделением амбулаторной хирургии, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученника Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: Sal_vi@mail.ru

ЕСАУЛОВА Оксана Анатольевна, специалист высшей категории, старшая сестра, отделение амбулаторной хирургии, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: ambh@ro.ru

**Information about authors:**

TARASKO Andrey Dmitrievich, doctor of medical sciences, professor, department of surgery, urology and endoscopy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia. E-mail: anta19562008@yandex.ru.

LUKASHEVICH George Georgievich, head physician, Municipal City Clinical Hospital N 2, Novokuznetsk, Russia. E-mail: hosp2@online.nkz.ru

SALAMANOV Vladimir Ivanovich, medical doctor, chief, department of ambulatory surgery, Municipal City Clinical Hospital N 2, Novokuznetsk, Russia. E-mail: Sal_vi@mail.ru

ESAULOVA Oxana Anatol'evna, departmental senior nurse, department of ambulatory surgery, Municipal City Clinical Hospital N 2, Novokuznetsk, Russia. E-mail: ambh@ro.ru

К окончанию гражданской войны медицинская помощь в г. Кузнецке Томской губернии представляла собой примитивную амбулаторию с одним врачебным приемом и лазарет при солдатском гарнизоне. Специализированная медицинская помощь жителям города была недоступна, больные приходилось направлять на излечение в губернский г. Томск. В документах 1922 года упоминается уездная больница на 25 коек, в которой работали терапевт (Арсентьев Ф.Г.) и хирург (Циренщиков Л.Л.). Об объеме и характере хирургической помощи сведений нет [1].

Судьбоносной для развития здравоохранения города стала закладка гиганта черной металлургии — Кузнецкого металлургического комбината (КМК), привлекавшая на ударную стройку много энтузиастов со всей страны. 15 января 1929 года после долгих обсуждений Совет Народных Комиссаров и Совет Труда и Обороны СССР, заслушав доклад Высшего Совета Народного Хозяйства, приняли решение о строительстве Кузнецкого металлургического завода, и включили стройку в пятилетний план с немедленной реализацией его. В феврале 1929 года в Томске открылось Управление Тельбесстроя (так тогда называлось строительство Кузнецкого металлургического завода), а 28 февраля в печати появилось сообщение о начале строительства и о назначении главным инженером стройки И.П. Бардина. 25 марта 1929 года И.П. Бардин впервые ступил на кузнецкую землю. С этого момента началась стройка металлургического гиганта страны. На стройку ехали не только рабочие, инженеры, но и медицинские работники. Больные со стройки лечились в Кузнецкой больнице, но ее мощность была слишком мала. 14 мая 1929 года в небольшом деревянном доме на Верхней Колонии открылась первая амбулатория для медицинского обслуживания строителей (рис. 1).

1 июля 1929 года при амбулатории появлялись 10 стационарных коек, из них 6 мужских и 4 женских. Количество строителей постоянно росло. Тяжелейшие условия работы и быта были причиной высокой заболеваемости и травматизма. Амбулаторный прием вели не только в бараке, но и в установленной рядом палатке, которая отапливалась горящим спиртом.

В начале 1930 года на Кузнецкстрой прибывает долгожданное пополнение, квалифици-

рованные специалисты: терапевты, хирурги, стоматологи, акушеры-гинекологи, которые положили начало специализированной и квалифицированной помощи строителям и металлургам. Первым врачом, прибывшим на стройку 23 марта 1930 года, был Шмуйлович Г.И. (рис. 2).

В июне 1930 года буквально в течение нескольких дней на Нижней Колонии были построены 4 бревенчатых барака, где открылась новая амбулатория, а вместе с ней и стационарные отделения. Возник, так называемый «больничный городок», который просуществовал до 1962 года.

25 июня 1930 года в хирургическом отделении врач-хирург Н.Н. Смирнов провел в присутствии всего персонала первую операцию (рис. 3).

Первым врачом, который вел амбулаторный прием хирургических больных с 3 июля 1931 года, был Г.Н. Эдельштейн. В июне 1931 года был организован первый амбулаторный прием урологических больных (врач М.Н. Бриф). С июня 1931 года строящийся город стал называться Новокузнецком. 25 мая 1932 года ЦИК СССР переименовал г. Новокузнецк в г. Сталинск, а Кузнецкий металлургический завод в Кузнецкий металлургический комбинат им. И.В. Сталина (КМК) [2, 3].

3 января 1932 года для металлургов и их семей открыта поликлиника в новом каменном здании около завода. С 1932 года в поликлинике КМК было организовано два хирургических приема. В 1934 году при хирургическом отделении Н.Н. Смирнов организовал кабинет переливания крови. В это же время выделилась в самостоятельный вид травматологическая помощь (Г.Н. Эдельштейн, А.М. Зосман, В.И. Шубин). В самостоятельный вид была выделена онкологическая помощь (В.Ф. Хромов).

Однако в истории развития здравоохранения Кузнецкстроя есть «белые пятна», которые относятся к концу 1931 — началу 1932 годов. В архиве отсутствуют два приказа — № 176 и № 177, и только на сохранившемся последнем листе одного из них в параграфе 3 значится запись: «выделить в качестве самостоятельных распорядителей кредитов дополнительно к существующим (больнице № 1, центральной амбулатории) больницу № 2 за рекой Томь, больницу № 3 на Кирзаводе № 2, амбулатории на Верхней колонии, Кирзаводе № 1, вендиспансер, ясли и т.д.» [4]. Больница №2 рас-



полагалась в то время в Зареченском районе на Островской площадке. Сохранившиеся архивные отчеты больницы дают представление о нелегком пути становления больницы № 2 как лечебно-профилактического учреждения. В 1934 году в этой больнице функционирует четыре отделения: терапевтическое, хирургическое, родильное и заразное. В 1935 году в больнице № 2 открывается гинекологическое отделение, но в 1936 году проведена реорганизация: в больнице оставлены только терапевтическое и родильное отделения. Остальные структуры переведены в центральную часть города, где к тому времени проживала основная часть населения. С 1937 года больница функционирует как туберкулезная больница № 2.

Как и все строители, медики жили в тяжелых условиях, что служило важной причиной большой текучести кадров. Так, в 1935 году уехало 124 человека, а в 1936 — 41 человек медицинских работников [2]. В 1936 году организуется школа медицинских сестер, где они получают законченное среднее образование. Все это привело к значительному улучшению медицинского обслуживания новокузнецчан. Для обслуживания строителей была организована отдельная медсанчасть (больница № 3, поликлиника № 10) для обслуживания жителей Куйбышевского района — больница № 5, Центрального района — больница № 2. При больницах работали поликлиники, в которых были организованы хирургические приемы. На приемах работали врачи, которые совмещали работу в поликлинике и стационаре. В городе начало работать организованное Г.Н. Афанасевым и Н.Н. Смирновым научное медицинское общество, где разбирались сложные случаи, врачебные ошибки происходила учеба врачей. Повышению квалификации врачей способствовало частое направление врачей на усовершенствование в Новосибирский ГИДУВ, Москву, Ленинград [2, 3].

Можно констатировать, что перед Великой Отечественной войной в Сталинске была организована стройная система оказания первичной и стационарной медицинской помощи с вполне удовлетворительным оснащением (лабораторное оборудование, микроскопы, рентгеновские аппараты, электрокардиограф). По оснащению со Сталинском могла конкурировать только медицина Томска. Амбулаторная хирургическая помощь была представлена приемами хирургов (травматологов, онкологов) в поликлиниках, то есть она была максимально приближена к месту жительства или месту работы. Приемы вели специалисты, которые совмещали их с работой в стационарах, использовался принцип ротации. Оперативная помощь в условиях поликлиники была представлена небольшими операциями по вскрытию поверхностных гнойных процессов кожи и подкожной клетчатки, хирургической

обработкой поверхностных случайных ран, гипсовой иммобилизацией при легких повреждениях опорно-двигательного аппарата. К сожалению, отчетные документы за этот период времени не сохранились.

В 1951 году по приказу горздравотдела № 24 от 19.02.51 г. больница на Нижней колонии переименована в городскую больницу № 2 с коечным фондом на 300 мест. По приказу горздравотдела № 42 от 25.03.51 г. во 2-й больнице наряду с другими открывается хирургическое отделение на 60 коек. В 1961 году горбольница № 2 объединяется с больницами № 3 и 12. При этом хирургическое отделение увеличивается до 100 коек, появляется травматологическое отделение на 60 коек. К 1962 году больница обслуживала весь Центральный район и часть Куйбышевского — 213203 жителя, ее мощность составляла 515 коек. Учреждение располагалось в 25 зданиях, что затрудняло оперативное руководство. В 1963 году произошло разделение этого мощного учреждения на Новокузнецкую сельскую и городскую больницу № 2. Городская больница № 2 предназначалась для оказания помощи жителям Центрального района города. В результате реорганизации она потеряла хирургическое отделение. Хирургическая помощь оказывалась в хирургических кабинетах 4-х поликлиник.

Подобный принцип оказания амбулаторной хирургической помощи использовался и в последующие десятилетия. Строились и открывались новые больницы, поликлиники, внедрялись новые методики лечения больных, но принцип оказания амбулаторной хирургической помощи не менялся. Система оказания первичной медицинской помощи в СССР оказалась очень хорошей, и в 1972 году она была признана лучшей Всемирной организацией здравоохранения. В то же время, система не была идеальной, хотя по многим параметрам ее можно было признать оптимальной. Вместе с тем хирурги, которые работали в поликлиниках, находились в ущемленном положении: у них по сравнению со стационарными хирургами была меньше зарплата, короче отпуск, выход на пенсию по выслуге лет у них был на 10 лет позже, они ущемлялись при аттестации на категорию. Поэтому работа на хирургическом приеме считалась не престижной и в поликлиниках была высокая текучесть кадров. Периодически среди медицинской общественности возникали разговоры о необходимости перемен. Эти перемены происходили в столичных городах при смене высшего руководства страны и экономических кризисах. Как правило, эти перемены на периферии страны не реализовывались.

После 1985 года в сознание медицинских работников настойчиво внедрялась идея целесообразности внедрения рыночных механизмов в такую сугубо государственную область как



здравоохранение. До 1985 года основной задачей врачей и медицинских работников было удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи и санитарно-эпидемиологических услугах, высшей ценностью для врача было здоровье больного. Все реформы до этого момента были подчинены решению этой задачи. В соответствии с «новым мышлением» была высказана мысль, что в здравоохранении нерационально распределяются средства, которые должны распределяться в соответствии с трудовым вкладом. Было подвергнуто ревизии положение о том, что врачебная деятельность — это разновидность государственной службы, высказано предложение считать ее разновидностью услуги населению.

В 1987 году в Кемеровской области был начат масштабный эксперимент в здравоохранении. Суть эксперимента заключалась в следующем.

Ведущим звеном в здравоохранении признавалась поликлиника. В соответствии с числом обслуживаемого населения ей выделялся бюджет. Этот бюджет расходовался в процессе обследования и лечения больных. При такой системе специалисты поликлиники были заинтересованы лечить больных без дорогостоящего обследования и желательно без госпитализации. Сразу же наметились негативные тенденции: увеличилось число больных с несвоевременной (поздней) госпитализацией, но самое главное — оказалось, что стационары для рентабельной работы требуют сокращения числа коек и штатов. Эксперимент был тихо прекращен.

На фоне этих масштабных экспериментов в здравоохранении, которые по большому счету ничего не давали ни больным, ни медицинским работникам (кроме увеличения объема работы), местами проводилась реформа амбулаторной хирургической службы. Реформа заключалась во внедрении прогрессивных форм работы, апробированных в столичных городах: Москве, Ленинграде, Киеве, Риге и других. Так в г. Кемерово в поликлинике № 5 было создано амбулаторное хирургическое отделение, которое обслуживало территорию нескольких поликлиник.

В г. Новокузнецке — крупном промышленном центре Кузбасса создание аналогичного отделения не состоялось из-за отсутствия помещения, но предварительная работа в виде создания проектной документации велась. Как альтернатива отделению была создана хирургическая бригада. Хирургическая бригада была создана собранием трудовых коллективов всех хирургических и урологических кабинетов ТМО (территориальное медицинское объединение) № 2 — городской больницы № 2. Стационар ТМО № 2 был узкопрофильным и не имел хирургического отделения. Поэтому стояла актуальная задача по сохранению кадров. Эта задача могла быть решена путем расширения объема хирургической помощи

и повышением материальной заинтересованности сотрудников.

Хирургическая бригада представляла собой функциональное объединение хирургических и урологических кабинетов поликлиник под началом бригадира — заведующего хирургической службой. Бригада заключила договор с администрацией ТМО, предметом которого являлись взаимные обязательства. Хирургическая бригада брала на себя обязательства безотказного предоставления хирургической и урологической помощи населению района с момента открытия и до закрытия поликлиник. В договоре предусматривались обязательства обслуживания больных на дому и проведения диспансеризации. Администрация ТМО отдавала в распоряжение бригады все положенные для оказания помощи в этом районе ставки, и поскольку они не все были заняты физическими лицами, создавался резервный фонд зарплаты, который распределялся между членами бригады в соответствии с трудовым вкладом. Такая организация работы создавала материальную заинтересованность у сотрудников, и реализовывался основной принцип оплаты труда при социализме — оплата по труду.

Вместе с тем, волюнтаризм и безответственность в высшем партийном руководстве, свободная пропагандистская деятельность противников социалистического пути развития страны, а с 1989 года и до 1991 года фактическое безвластие привело к кризисным явлениям в отдельных сферах производства товаров массового потребления, что привело к дефициту сахара, мыла, алкоголя, табачных изделий, бензина. Вследствие этого возникла социальная напряженность в обществе, что проявилось в массовых и длительных забастовках шахтеров Кузбасса, Воркуты, Ростова, Донбасса. В этот период государство фактически самоустранилось от охраны здоровья населения. Кризисные явления в экономике привели к параличу финансовой системы, что, в свою очередь, сопровождалось значительным сокращением государственного бюджета, инфляцией, прекращением регулярных выплат зарплаты работникам бюджетной сферы. Прекратилось централизованное материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения. Созданная система обязательного медицинского страхования не смогла решить всех возникших проблем. Стройная система советского здравоохранения распалась и на ее обломках стала создаваться страховая система оказания медицинских услуг. Медицинская помощь фактически стала платной и доступной не всем слоям населения.

На фоне всеобщего хаоса, коррупции и воровства пришло убеждение, что система оказания медицинских услуг может работать только на основе рентабельных учреждений. В связи с этим, в лечебных учреждениях стали сокращаться ле-



чебные койки и штаты. В этих условиях оказалось, что создание амбулаторных хирургических центров, позволяет амбулаторной хирургической службе работать рентабельно и позволяет обеспечить учреждению выживание в условиях рыночных отношений. Централизация амбулаторной хирургической службы создает условия для укрепления кадрового состава, сводит к нулю текучесть кадров, облегчает, в случае необходимости, маневр кадрами. Централизованная амбулаторная хирургическая служба имеет преимущества перед децентрализованной, поскольку позволяет сконцентрировать материальные ресурсы, укрепить кадровый состав службы, расширить объем и спектр оказываемой помощи, объективно оценивать финансово-экономическую деятельность, создает реальные предпосылки для рентабельной работы учреждения в условиях рыночных отношений и конкуренции [5-8].

Как указывалось выше, горбольница № 2 г. Новокузнецка — учреждение, в котором развернуты только отделения терапевтического профиля. В 4-х поликлиниках этой больницы были открыты хирургические и урологические приемы, которые обеспечивались врачами-совместителями. На постоянной основе работали только 2 хирурга-пенсионера. Стремясь уйти от хирургической зависимости со стороны других городских стационаров, главный врач больницы — Г.Г. Лукашевич поддержал идею заведующего хирургической службой, заслуженного врача РФ Л.Н. Брыксина по объединению всех хирургических и урологических приемов под одной крышей в виде создания Центра амбулаторной хирургии (рис. 4).

Эту идею с энтузиазмом поддержали заведующий кафедрой поликлинической и оперативной хирургии ГИДУВА доцент А.Д. Тараско и ассистент этой же кафедры В.И. Саламанов, которые были озабочены приобретением клинической базы для своей кафедры.

Твердая убежденность главного врача Г.Г. Лукашевича в необходимости амбулаторного хирургического отделения для обеспечения населения Центрального района высококвалифицированной хирургической и специализированной помощью, с применением стационарозамещающих технологий лечения и переориентации части пациентов с дорогостоящей стационарной на менее затратную амбулаторную помощь достигли своей цели. 01.01.1998 года была закрыта на реконструкцию поликлиника № 1, которая располагалась в приспособленном помещении на первом этаже жилого дома. Благодаря невероятным усилиям и настойчивости главного врача Г.Г. Лукашевича, удалось завершить реконструкцию помещения за неполные 2 года, и 15 декабря 1999 года отделение амбулаторной хирургии приняло своих первых пациентов (рис. 5).

Отделение было разделено на две половины: «чистую» и «гнойную». В структуре отделения были операционный блок, дневной стационар на 7 коек, стерилизационный кабинет с автоклавом и сухожаровым шкафом, процедурный кабинет, эндоскопический кабинет, кабинет сосудистого хирурга и кабинет «чистого» хирургического приема, совмещенный с приемом ортопеда во второй половине дня. Операционный блок оснащен современной аппаратурой, включая наркозную аппаратуру и эндовидеохирургическую стойку (рис. 6).

В операционной выполняются операции средней степени сложности: грыжесечения, флебэктомии, геморроидэктомии, иссечения эпителиально-копчиковых кист, бурсэктомии, иссечение гигром и ганглиев, иссечение крупных доброкачественных опухолей кожи и подкожной клетчатки, варикоцелэктомии, операции по поводу водянки оболочек яичка и другие. Операции выполняются под местной анестезией, но при необходимости применяется центральная регионарная анестезия или внутривенный наркоз (рис. 7).

Ежегодно в операционной выполняется более 600 операций [5]. В эндоскопическом кабинете выполняются эндоскопические диагностические исследования (ФГДС, ФКС, ректороманоскопия) и некоторые лечебные вмешательства (рис. 8).

В гнойной половине расположены кабинеты гнойной хирургии, проктологический кабинет, совмещенный с кабинетом УЗИ, урологический кабинет, кабинеты сестры-хозяйки, старшей сестры, заведующего отделением и ординаторская. Каждый кабинет имеет перевязочную и врач в процессе приема может выполнить несложное оперативное вмешательство или перевязку. В штатном расписании отделения предусмотрены должности участкового хирурга для посещения больных на дому, врача дневного стационара, врача анестезиолога.

Центр (отделение) амбулаторной хирургии МБЛПУ ГКБ № 2 г. Новокузнецка (ЦАХ) отметил уже свой 14-й день рождения. Он показал свою жизнеспособность и свои преимущества по сравнению с децентрализованной хирургической службой, которая также функционирует в городе в поликлиниках других больниц, имеющих хирургические отделения [5-7]. Имеются проблемы, сдерживающие развитие ЦАХ. В настоящее время наиболее актуальными из них являются:

- 1) мероприятия по увеличению площади отделения, что позволит в штатном порядке использовать анестезиологическую помощь, использовать отделение как учебно-методический центр и как учебную базу ГИУВА;
- 2) необходимость коррекции нормативов хирургической нагрузки на приеме, учитывая необходимость работы врачей в операционном блоке и патронажа больных на дому после операций;



Рисунок 1
Амбулатория Верхней колонии



Рисунок 3
Первый хирург Кузнецкстроя Н.Н. Смирнов, организатор хирургической службы Новокузнецка, научного медицинского общества Новокузнецка (в последующем кандидат медицинских наук (с 1949 г.), доцент кафедры хирургии Новокузнецкого ГИДУВА) со своей женой врачом-хирургом З.И. Шамис и дочерью Маргаритой

Рисунок 2
Первый врач Кузнецкстроя – Г.И. Шамуйлович с супругой



Рисунок 4
Главный врач МБЛПУ ГКБ №2 Святого великомученика Георгия Победоносца, Заслуженный врач РФ Г.Г. Лукашевич (слева) и заведующий первым Центром амбулаторной хирургии г. Новокузнецка, Заслуженный врач РФ Л.Н. Брыксин (справа)



Рисунок 5
Вновь открытое отделение
амбулаторной хирургии (Центр
амбулаторной хирургии – ЦАХ)



Рисунок 6
Общий вид операционного зала



Рисунок 7
Выполняется операция
пахового грыжесечения.
Слева направо: операционная
сестра О.А. Ледовских,
хирург А.М. Хабибуллин,
ст. ординатор В.И. Саламанов



Рисунок 8
Фиброцистоскопию
в эндоскопическом кабинете
выполняет ст. ординатор
В.И. Саламанов



- 3) своевременное обеспечение отделения расходными материалами (медикаменты, хирургические инструменты, шовный материал;
- 4) приобретение для отделения современных аппаратов и устройств, которые позволили бы повысить качество лечения, внедрить малоинвазивные методики (например, устройство для VAC-терапии гнойных ран, устройство для деартериализации геморроидальных узлов, радиочастотной абляции магистральных подкожных вен и другие);
- 5) расширение площади отделения, что позволило бы открыть новые приемы, обеспечить

работу в отделении анестезиолога-реаниматолога на постоянной основе, использовать отделение, как учебную базу для кафедры хирургии ГИУВа [9].

Несмотря на существующие проблемы, форма оказания амбулаторной помощи путем образования амбулаторных отделений остается привлекательной, о чем говорит то факт, что по образцу и подобию ЦАХ МБЛПУ ГКБ № 2 в Новокузнецке реорганизована амбулаторная травматологическая служба при больницах № 1 и № 29, а также первое частное круглосуточное травматологическое отделение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. ivcgzo.nkz.ru>gz/content/история-здравоохранения
2. Данцигер, Д.Г. Первая клиническая. История, люди, перспективы. /Д.Г. Данцигер (отв. ред.); сост.: Власова Н.В., Елдинова Л.Г., Фойгт Л.И. – Кемерово, 2004. – 320 с.
3. Ильин А.П., Ольшанский Г.С. Поликлиника – медсанчасть Кузнецкого металлургического комбината в период перехода к рыночной экономике и страховой медицине. – Новокузнецк, 2004. – 211 с.
4. Лукашевич Г.Г., Соловьева Т.А. Из прошлого – в день сегодняшний (к 70-летию юбилею муниципальной клинической больницы №2) //Медицина на рубеже веков: сб. трудов /под ред. И.Р. Шмидт. – Новокузнецк, 1999. – С. 7-13.
5. Тараско А.Д., Брыксин Л.Н., Саламанов В.И., Попов И.В. Сравнительная оценка работы централизованной и децентрализованной хирургической службы //Вестник хирургии. – 2003. – Т. 162, № 4. – С. 98-101.
6. Тараско А.Д., Брыксин Л.Н., Саламанов В.И. Организация и анализ деятельности амбулаторного хирургического отделения в г. Новокузнецке – крупном промышленном центре Сибири //Амбулаторная хирургия: Матер. I съезда амбул. хирургов. – 2004. – № 4. – С. 203-204.
7. Тараско А.Д. История возникновения и развитие амбулаторной хирургии. – Новокузнецк, 2003. – 38 с.
8. Тараско А.Д., Ковальчук Е.С., Лихачев А.Г. и др. Сравнительная оценка работы централизованной и децентрализованной хирургической службы //Медицина в Кузбассе. – 2008. – № 3. – С. 158-159.
9. Тараско А.Д., Саламанов В.И. Становление и развитие амбулаторной хирургии г. Новокузнецка //Стационар-замещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2013. – № 2. – С.12-18.



БАЖЕНОВА Л.Н., ВОЛОДИНА Н.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В., ГОРЕНИНСКАЯ С.В.,
МАСЛОВ А.П., РЫЖКОВА Н.В., СМОРОДИНА И.С., ФРОЛОВА Н.П., ШАЦКИХ Н.А.

МБЛПУ «Городская Клиническая Больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ АРНОЛЬДА-КИАРИ, СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО QT, НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПОЛИМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Клинический случай, показывающий сложность диагностики причины синкопального состояния, лечения желудочковой тахикардии при синдроме удлиненного QT.

Ключевые слова: болезнь Арнольда-Киари; синдром удлиненного QT; желудочковая тахикардия.

BAGENOVA L.N., VOLODINA N.N., GETMAN Z.V., GUSHCHINA V.V., GORENINSKA S.V.,
MASLOV A.P., RYZHKOVA N.V., SMORODINA I.S., FROLOVA N.P., SHATSKIH N.A.

Municipal clinic Health Care Facility «City Hospital № 2», Novokuznetsk

CASE OF SUCCESSFUL RESUSCITATION OF THE PATIENT WITH THE DISEASE OF ARNOLD-CHIARI, THE LONG QT SYNDROMES, CONTINUOUSLY RECURRENT POLYMORPHIC VENTRICULAR TACHYCARDIA

Clinical case, showing the complexity of diagnosing the causes of syncope, ventricular tachycardia treatment of the long QT syndromes.

Key words: disease of Arnold-Chiari; the long QT syndromes; ventricular tachycardia.

Корреспонденцию адресовать:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ВОЛОДИНА Наталья Николаевна, засл. врач РФ, врач-терапевт высшей категории, отличник здравоохранения, зам. главного врача по лечебной части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГЕТМАН Зоя Васильевна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГУЩИНА Валентина Владимировна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГОРЕНИНСКАЯ Светлана Валерьевна, врач-невролог, неврологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

МАСЛОВ Александр Петрович, врач-кардиолог, зав. кардиологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

РЫЖКОВА Наталья Владимировна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

СМОРОДИНА Ирина Сергеевна, старшая медсестра, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ФРОЛОВА Наталья Петровна, зав. отделением лучевой диагностики, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.



ШАЦКИХ Надежда Александровна, канд. мед. наук, зав. отделением функциональной диагностики, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

BAZHENOVA Lyudmila Nikolaevna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

VOLODINA Natal'ya Nikolaevna, honoured doctor of the Russian Federation, doctor of higher category, excellence in health care, deputy chief medical officer for medical part, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GETMAN Zoya Vasilevna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GUSCHINA Valentina Vladimirovna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GORENINSKAYA Svetlana Valer'evna, neurologist, neurological department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

MASLOV Aleksandr Petrovich, cardiologist, head of the cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

RYZHKOVA Natal'ya Vladimirovna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

SMORODINA Irina Sergeevna, head nurse cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

FROLOVA Natalya Petrovna, head of the department of radiodiagnostics, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

SHATSKIИ Nadezda Aleksandrovna, candidate of medical sciences, head of the department of functional diagnostics, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

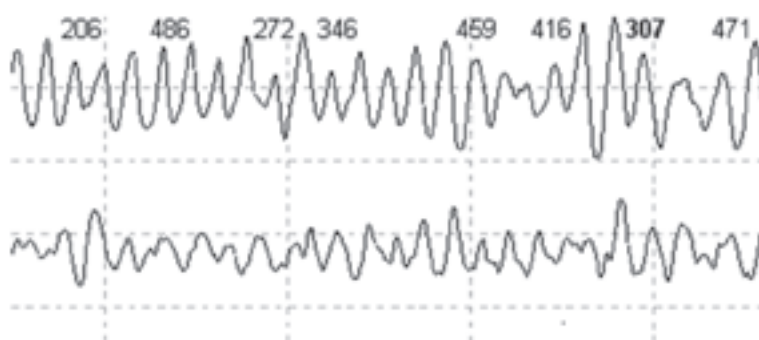
Сложность диагностики причины синкопального состояния у пациентов актуальна, особенно если имеет место неврологическая патология. В связи с этим представляется интересным следующее клиническое наблюдение [1-3].

Пациентка К., 28 лет, считает себя больной с 17 лет, когда впервые в жизни почувствовала приступы сердцебиения с потерей сознания, обследовалась, диагностирована болезнь Арнольда-Киари, в 2005 году прооперирована по поводу болезни Арнольда-Киари (г. Новосибирск), самочувствие улучшилось, приступов потери сознания не было. С 2012 года (после родов) приступы потери сознания возобновились, повторялись до 7 раз в сутки, в связи с чем вновь прооперирована по поводу болезни Арнольда-Киари (Германия), тогда же был диагностирован синдром удлиненного QT, желудочковая тахикардия, назначен метопролол суцинат с положительным эффектом. Отмечала улучшение самочувствия, эпизодов потери сознания не было, в дальнейшем на фоне прекращения приема б-блокаторов эпизоды потери сознания возобновились. 11.07.2014 г. поступила в неврологическое отделение с приступами потери сознания, которые повторялись несмотря на проводимую терапию. При хол-

теровском мониторинговании ЭКГ зарегистрирована частая желудочковая экстрасистолия, что послужило поводом для перевода в палату интенсивной терапии кардиологического отделения. На вторые сутки госпитализации зарегистрирована фибрилляция желудочков (рис.), состояние клинической смерти, реанимирована, развилась постреанимационная энцефалопатия, кома, апноэ, потребовалась инспираторная поддержка.

В последующем состоянии стабилизировалось, очаговой неврологической симптоматики нет, сознание ясное, при СКТ головного мозга отрицательной динамики, данных за нарушение мозгового кровоснабжения нет, регистрировалась

Рисунок
Нарушения ритма, зарегистрированные в момент проведения реанимации, где видна фибрилляция желудочков





частая желудочковая экстрасистолия, которая коротко купировалась введением бета-лока в/в, пациентка экстренно консультирована аритмологом, рекомендована имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

На четвертые сутки госпитализации пациентка санитарной авиацией транспортирована в «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина», где при поступлении выполнена операция: имплантация однокамерного кардиовертера-дефибриллятора в эндокардиальном варианте Protecta XTVR PSH606459S в режиме стимуляции VVI. В дальнейшем эпизодов потери сознания нет, отмечает хорошее самочувствие, вернулась к труду, при холтеровском мониторировании нарушений ритма нет.

Аномалия Арнольда-Киари — это врожденная патология развития ромбовидного мозга, проявляющаяся несоответствием размеров задней черепной ямки и мозговых структур, находящихся в этой области, что приводит к опущению ствола головного мозга и миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие и ущемление их на этом уровне. Частота заболевания 3,3-8,2 наблюдений на 1 млн. населения. Причины возникновения синдрома до конца не установлены, хромосомные аномалии выявить не удается.

Симптомы аномалии Арнольда-Киари:

- боль в шейно-затылочной области усиливающаяся при кашле и чихании;
- снижение болевой и температурной чувствительности верхних конечностей;
- снижение мышечной силы в верхних конечностях;
- спастичность верхних и нижних конечностей;
- обмороки и головокружения;
- снижение остроты зрения.

Синдром удлиненного QT (LQTS) — врожденное или приобретенное состояние удлинения электрической систолы левого желудочка, выявляемое при записи ЭКГ, обусловленное нарушением ионных каналов с предрасположенностью к развитию жизненно угрожающих полиморфных желудочковых аритмий.

В описанной клинической ситуации имеет место сложность верификации генеза синкопального состояния, так как одним из частых проявлений болезни Арнольда—Киари являются обмороки и эпизоды потери сознания у пациентки всегда носили обратимый, спонтанный характер и, не смотря на регистрируемый по ЭКГ LQTS, все медицинские специалисты, с которыми сталкивалась пациентка, длительное время связывали синкопэ с аномалией Киари. Данный клинический случай подтверждает необходимость холтеровского мониторирования ЭКГ пациентам с синкопэ даже с явной неврологической патологией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Браунвальд Т.З. Болезни сердца. Т. 3. — М., 2013. — 512 с.
2. Национальные рекомендации по применению методики Холтеровского мониторирования в клинической практике. — М., 2013. — 178 с.
3. Неврология: нац. руков. /под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. — М., 2010. — 1040 с.





БАЖЕНОВА Л.Н., ВОЛОДИНА Н.Н., ГУЩИНА В.В., ФРОЛОВА Н.П.
МБЛПУ «Городская Клиническая Больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ФИЗИОТЕНЗА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Артериальная гипертензия является значимой социально-медицинской проблемой, особенно у пожилых людей. В статье приведена оценка положительного влияния физиотенза для коррекции изолированной систолической артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; гипотензивный эффект; физиотенз.

BAGENOVA L.N., VOLODINA N.N., GUSHCHINA V.V., FROLOVA N.P.
Municipal clinic Health Care Facility «City Hospital № 2 of St. George the Victorious», Novokuznetsk

HYPOTENSIVE EFFECT OF FIZIOTENZ WITH ISOLATED SISTOLIC ARTERIAL HYPERTENSION IN OLDER PEOPLE

Hypertension is a significant social and medical problem that occurs, especially in the elderly. The article presents the evaluation of the positive impact fiziotenz correction systolic hypertension.

Key words: arterial hypertension; hypotensive effect; fiziotenz.

Корреспонденцию адресовать:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ВОЛОДИНА Наталья Николаевна, засл. врач РФ, врач-терапевт высшей категории, отличник здравоохранения, зам. главного врача по лечебной части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГУЩИНА Валентина Владимировна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ФРОЛОВА Наталья Петровна, зав. отделением лучевой диагностики, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

BAZHENOVA Lyudmila Nikolaevna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

VOLODINA Natal'ya Nikolaevna, honoured doctor of the Russian Federation, doctor of higher category, excellence in health care, deputy chief medical officer for medical part, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GUSHCHINA Valentina Vladimirovna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

FROLOVA Natalya Petrovna, head of the department of radiodiagnostics, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Артериальная гипертензия (АГ) в Российской Федерации (РФ) является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, что обусловлено как широким распространением заболевания (около 40 % взрослого населения РФ имеет повышенный уровень

артериального давления (АД)), так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска (ФР) основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)-инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ), главным образом определяющим высокую смертность в стране [1].



Среди пациентов кардиологического отделения Областного филиала госпиталя ветеранов войн 90 % госпитализированных, помимо коронарной болезни сердца страдали артериальной гипертензией, а с учетом возраста (70,5 % приходится на лиц в возрасте старше 75 лет) артериальная гипертензия имеет характер изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ). Для медикаментозной терапии пожилых больных АГ используются гипотензивные препараты разных классов: тиазидовые диуретики, антагонисты кальция, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензина, хотя, как свидетельствуют результаты завершённых крупных рандомизированных исследований, при лечении ИСАГ в пожилом возрасте наиболее эффективны тиазидовые диуретики, антагонисты кальция и блокаторы ангиотензиновых рецепторов. Мы в своей практике столкнулись с «резистентной» АГ у пожилых, когда во время лечения тремя препаратами, один из которых, диуретик, в субмаксимальных и максимальных дозах не удавалось достичь целевых цифр АД.

Для коррекции АГ у пожилых предпринята попытка назначения агониста имидазолиновых рецепторов — моксинидина (Физиотенз), с учетом способности данного препарат воздействовать на основной этиопатогенетический фактор АГ — повышенную симпатическую активность, уменьшения активности Н/Na насоса, существенного влияния на обмен липидов, повышения чувствительности тканей к инсулину, улучшения памяти и, соответственно, качества жизни [2]. Препарат хорошо переносится, период полувыведения два часа, но он эффективно контролирует АД в течение суток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 20 пациентов (10 женщин и 10 мужчин) в возрасте 75-82 года с неэффективно леченной артериальной гипертензией (АД систолическое 180-220 мм рт. ст., диастолическое 90-110 мм рт. ст.). На фоне приема индапамида, нормодипина, лозапа дополнительно назначался моксонидин (Физиотенз®, Abbott Products) в дозе 0,2 мг 2 раза в день, суточная доза 0,4 мг. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД, запись электрокардио-

граммы (ЭКГ), эхокардиоскопическое исследование (ЭХОКС), лабораторное исследование (холестерин, триглицериды, сахар крови, мочевины, креатинин, калий, натрий), исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общих сонных артерий и сосудодвигательная функция эндотелия. В исследовании использовались: ультразвуковой эхокардиограф SSSD 5500 Alloca, ультразвуковой сканер MEDISON prestige с мульти-частотным датчиком. Дисфункцию эндотелия оценивали по методике D. Celermajer.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам клинического и параклинического обследования имеет место достоверное гипотензивное действие физиотенза. При контроле на 10-е сутки госпитализации с учетом СМАД среднесуточные показатели уменьшились: систолическое АД на 30 мм рт. ст., диастолическое на 15 мм рт. ст., кроме того у 85 % пациентов достигнуты целевые цифры АД (табл.).

Помимо отчетливого гипотензивного эффекта физиотенза отмечено уменьшение диаметра левого предсердия, улучшение диастолической функции левого желудочка, повышение уровня альфа-холестерина, у 50 % пациентов нивелирована исходная эндотелиальная дисфункция. Нами не отмечено положительной динамики по оценке КИМ, что не удивительно у лиц пожилого возраста. Была тенденция к снижению уровня глюкозы крови. Побочных действий или непереносимости препарата не было.

ВЫВОДЫ:

Лечение Физиотензом пожилых пациентов с ИСАГ в дозе 0,4 мг в сутки на фоне стандартной гипотензивной терапии позволило достичь стойкого гипотензивного эффекта; привело к улучшению структурных показателей сердца — диаметр и объем левого предсердия уменьшились, а также к улучшению параметров, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка — время изоволюмического расслабления левого желудочка уменьшилось, а соотношение пиков раннего и позднего наполнения левого желудочка увеличилось; в половине случаев имело место сосудодвигательной функции эндотелия. Физиотенз может быть использован у пациентов с ИСАГ в комбинации со стандартной гипотензивной терапией.

Таблица
Динамика АД на фоне физиотенза 0,4 мг в сутки

АД	Исходное АД среднесистолическое/ диастолическое	Через 5 дней АД среднесистолическое/ диастолическое	Через 10 дней АД среднесистолическое/ диастолическое
Дневное	182,5 ± 1,5 / 85 ± 1,5	162 ± 2,1 / 75 ± 2	135 ± 2,0 / 72 ± 2,2
Ночное	165 ± 1,6 / 75 ± 1,7	135 ± 1,5 / 65 ± 1,5	125 ± 2,2 / 65 ± 2,4
Суточное	172 ± 1,8 / 72 ± 1,6	145 ± 1,5 / 70 ± 1,6	132 ± 2,5 / 71,5 ± 1,5



ЛИТЕРАТУРА:

1. Национальные клинические рекомендации /под ред. Киселевой Н.В. – М., 2009. – 390 с.
2. Новое поколение препаратов центрального действия в лечении АГ – агонист имидазолиновых рецепторов моксинидина (физиотенз) /Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И. и др. //Рос. кардиол. журнал. – 2000. – № 4. – С. 23-26.





БАЖЕНОВА Л.Н., РОГОВИЕВА О.И., УСАЧЕВА А.А.
МБЛПУ «Городская Клиническая Больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
ГБУЗ КО Новокузнецкий клинический онкологический диспансер,
г. Новокузнецк

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

В статье обсуждена необходимость и целесообразность оценки сердечно-сосудистого риска перед оперативным вмешательством.

Ключевые слова: онкологическая операция; сердечно-сосудистый риск.

BAGENOVA L.N., ROGOVIEVA O.I., USACHEVA A.A.
*Municipal clinic Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Clinic Oncologi, Novokuznetsk*

ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ONCOLOGY OPERATIONS

The article discussed the need and appropriateness of assessment cardiovascular risk before surgery.

Key words: oncology operations; cardiovascular risk.

Корреспонденцию адресовать:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
РОГОВИЕВА Ольга Ивановна, зам. главного врача по лечебной работе, ГБУЗ КО «НКОД», г. Новокузнецк, Россия.
УСАЧЕВА Анастасия Алексеевна, врач-терапевт, ГБУЗ КО «НКОД», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

BAZHENOVA Lyudmila Nikolaevna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
ROGOVIEVA Olga Ivanovna, deputy chief doctor of the medical work, Clinic oncologi, Novokuznetsk, Russia.
USACHEVA Anastasija Alekseevna, Therapist, Clinic Oncologi, Novokuznetsk, Russia.

Основной метод лечения онкологических больных — оперативное вмешательство. Онкологические операции относят к операциям «большого риска», так как чаще всего это большой объем оперативного вмешательства, связанный с резекцией или удалением органа и носят «спасительный» характер. Отсюда высокий риск периоперационных осложнений [1, 2].

Риск периоперационных осложнений зависит от состояния пациента до операции, наличия сопутствующих заболеваний и обширности и длительности оперативного вмешательства. Сердечно-сосудистые осложнения могут развиваться у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе бессимптомной, дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) или пороками клапанов сердца

при операциях, сопровождающихся длительной нагрузкой на гемодинамику и сердце. Основными механизмами развития периоперационной ишемии миокарда являются: несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и коронарным кровотоком (как при стабильной ИБС, связанной со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий); разрыв бляшки в коронарных артериях на фоне воспалительных изменений сосудов, приводящий к развитию острого коронарного синдрома (ОКС). Хотя дисфункция ЛЖ может наблюдаться и у пациентов молодого возраста, риск периоперационных сердечно-сосудистых осложнений и смерти при обширных оперативных вмешательствах выше у пожилых пациентов [1-3].



Любая операция сопровождается стрессом. Данная реакция индуцируется повреждением тканей, опосредуется эндокринными факторами и может вызвать тахикардию и артериальную гипертензию. Изменения баланса жидкости в периоперационном периоде усугубляют стресс, связанный с самой операцией. Он увеличивает потребность миокарда в кислороде. Кроме того, хирургическое вмешательство нарушает баланс между протромботическими и фибринолитическими факторами, приводит к гиперкоагуляции и может провоцировать развитие коронарного тромбоза (повышение уровней фибриногена и других факторов свертывания, увеличение активации и агрегации тромбоцитов и подавление фибринолиза), что особенно актуально в онкологии [3, 4].

Эффективные стратегии снижения риска периоперационных осложнений со стороны сердца предполагают кардиологическое обследование перед операцией, которое необходимо по двум причинам. Во-первых, если риск осложнений низкий, то операция может быть проведена без промедления. Маловероятно, что стратегии контроля риска способны дополнительно снизить периоперационный риск. Во-вторых, затраты на фармакотерапию наиболее оправданны, если риск осложнений со стороны сердца повышен. Для выделения пациентов группы риска проводятся дополнительные неинвазивные исследования. Первоначально риск оценивают на основании клинических показателей и типа операции, а затем проводят электрокардиографию (ЭКГ) в покое, лабораторные анализы и неинвазивные (стресс) пробы [2, 4].

За последние 30 лет на основании многофакторного анализа результатов наблюдений были разработаны несколько индексов, отражающих связь между клиническими показателями и периоперационной сердечной заболеваемостью и смертностью. Хорошо известны индексы, предложенные Goldman (1977), Detsky (1986) и Lee (1999). Индекс Lee, который представляет собой модифицированный индекс

Goldman, многими клиницистами и исследователями считается оптимальным инструментом оценки риска при некардиальных вмешательствах. Индекс Lee рассчитывается на основании 5 основных предикторов послеоперационных осложнений: ИБС в анамнезе, цереброваскулярная болезнь, сердечная недостаточность, инсулинзависимый сахарный диабет и нарушение функции почек. Каждому фактору присваивается 1 балл. Частота основных осложнений со стороны сердца составляет, соответственно, 0,4, 0,9, 7 и 11 %, если значения индекса равны 0, 1, 2 и 3 балла. Площадь под кривой ROC при валидации индекса составила 0,81. Это свидетельствует о том, что индекс позволяет с высокой точностью дифференцировать пациентов, у которых развиваются и не развиваются кардиологические осложнения (табл.).

Неинвазивные исследования перед операцией позволяют собрать информацию о трех факторах риска (дисфункции ЛЖ, ишемии миокарда и поражении клапанов сердца), которые повышают риск неблагоприятных исходов после операции. Функцию ЛЖ в покое оценивают с помощью различных методов. Для диагностики ишемии миокарда могут быть использованы ЭКГ, проба с нагрузкой и другие неинвазивные методы. Для диагностики поражения клапанов сердца лучше использовать эхокардиографию. ЭКГ в 12 отведениях проводится перед операцией для оценки сердечно-сосудистого риска всем пациентам онкодиспансера. При ИБС результаты ЭКГ имеют важное прогностическое значение и позволяют предсказать отдаленные исходы независимо от клинических данных и периоперационной ишемии. Однако ЭКГ может быть нормальной, или ее результаты оказываются неспецифическими у пациентов как с ишемией, так и с инфарктом миокарда, поэтому в течение года в онкодиспансере налажено определение биомаркеров некроза миокарда, тропонинов, миоглобина и креатининфосфокиназы [4].

Функцию ЛЖ в покое перед операцией можно со сходной точностью определить с помощью

Таблица
Индекс Lee и модель Erasmus: клинические факторы риска, используемые для
предоперационной стратификации риска

Клинические показатели	Индекс Lee	Модель Erasmus
ИБС (стенокардия и/или ИМ)	X	X
Хирургический риск	Высокий	Высокий, средний, низкий
Сердечная недостаточность	X	X
Инсульт/ ТИА	X	X
Инсулинозависимый диабет	X	X
Почечная дисфункция/диализ	X	X
Возраст		X

радионуклидной вентрикулографии, фотонно-эмиссионной компьютерной томографии (СПЕКТ), эхокардиографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии высокого разрешения (КТ). Широкое применение эхокардиографии для оценки функции ЛЖ перед операцией затруднительно, однако она выполняется при отсутствии симптомов, если проводится операция высокого риска, снижение фракции выброса ЛЖ до < 35 % позволяет предсказать периоперационный риск нефатального ИМ и сердечной смерти с чувствительностью 50 % и специфичностью 91 %.

В периоперационном периоде наблюдается выброс катехоламинов, который приводит к увеличению частоты сердечных сокращений и сократимости миокарда и, соответственно, потребления кислорода. Цель применения бета-блокаторов в этом периоде — снижение потребления кислорода миокардом за счет уменьшения частоты сердечных сокращений, увеличения длительности диастолического наполнения и снижения сократимости миокарда. Дополнительные кардиопротективные эффекты бета-блокаторов включают в себя перераспределение коронарного кровотока к субэндокарду, стабилизацию бляшки и увеличение порога развития фибрилляции желудочков. Лечение бета-блокаторами продолжается при наличии ИБС или аритмий.

Статины, снижающие уровни липидов, часто назначают пациентам с ИБС или факторами риска ее развития. Статины вызывают стабилизацию бляшки в коронарных артериях за счет подавления окисления липидов, воспаления, матриксных металлопротеиназ и апоптоза клеток и увеличения уровней тканевого ингибитора металлопротеиназ и содержания коллагена, «плейотропные» эффекты статинов способствуют профилактике разрыва бляшки и развития ИМ в периоперационном периоде. Нами представляется перспектива более широкого использования статинов в онкологии [1, 2, 4].

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) оказывают кардиопротективное действие, которое не зависит от их гипотензивного эффекта. Это связывают с улучшением эндотелиальной функции, противовоспалительными свойствами и прямым влиянием на атерогенез. Ингибирование АПФ позволяет снизить риск осложнений, связанных с ишемией миокарда и дисфункцией ЛЖ.

Благоприятное влияние антагонистов кальция на баланс между доставкой кислорода и потребностью в нем теоретически позволяет применять их для снижения риска. Нами чаще используется верапамил при торакальных операциях в онкологии.

Ивабрадин — это специфический ингибитор функции синоатриального узла, который снижает частоту сердечных сокращений независимо от активности симпатической системы. Ивабрадин нами чаще назначается при наличии противопоказаний к лечению бета-блокаторами.

Антикоагулянтная терапия сопровождается увеличением риска кровотечений при некардиальных операциях. У онкологических пациентов польза приема антикоагулянтов перевешивает этот риск, поэтому ее целесообразно продолжить или модифицировать; у пациентов, получающих внутрь антагонисты витамина К (АВК), повышен риск кровотечений во время и после операции. Если международное нормализованное отношение (МНО) составляет менее 1,5, оперативное вмешательство безопасно. Однако у онкологических пациентов с высоким риском тромбоэмболических осложнений отмена пероральных антикоагулянтов опасна. Такие пациенты нуждаются в лечении нефракционированным гепарином (НФГ) или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в терапевтической дозе внутривенно или подкожно.

Таким образом, только совместная работа онколога и терапевта позволяет добиться успеха и избежать серьезных осложнений в лечении онкологического пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery: the Task Force for Preoperative Cardiac Risk Assessment and Perioperative Cardiac Management in Non-cardiac Surgery of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Anaesthesiology (ESA) /Poldermans D., Bax J.J., Boersma E. et al. //Eur. Heart. J. — 2009. — V. 30. — P. 2769-2812.
2. Safety of short-term discontinuation of antiplatelet therapy in patients with drug-eluting stents /Eisenberg M.J., Richard P.R., Libersan D. et al. //Circulation. — 2009. — V. 119. — P. 634-642.
3. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibition in low-risk patients early after coronary artery bypass surgery /Rouleau J.L., Warnica W.J., Baillot R. et al. //Circulation. — 2008;. — V. 117. — P. 24-31.
4. Detection of acute changes in circulating troponin in the setting of transient stress test-induced myocardial ischemia using an ultrasensitive assay: results from TIMI 35 /Sabatine M.S., Morrow D.A., de Lemos J.A. et al. //Eur. Heart J. — 2009. — V. 30. — P. 162-169.



ГОРЕНИНСКАЯ С.В., ЖЕСТИКОВА М.Г., ВАСЕНИНА Е.Д., КОМИССАРОВА С.Д.,
КОЛОТОВА Л.Г., КОРОТКЕВИЧ Н.А., АРЕФЬЕВА Е.Г.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк,
ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ ДЕБЮТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рассеянный склероз – заболевание, характеризующееся различными вариантами течения и многообразием клинических проявлений. Установлено, что высокая скорость прогрессирования рассеянного склероза сопряжена с мужским полом, наличием двигательных и мозжечковых нарушений в период дебюта.

Ключевые слова: рассеянный склероз; дебют; скорость прогрессирования.

*Goreninskaya S.V., Zhestikova M.G., Vasenina E.D., Komissarova S.D.,
Kolotova L.G., Korotkevich N.A., Aref'eva E.G.
Municipal Clinical Health Care Facility «City Hospital № 2»,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk
Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo*

INFLUENCE DEBUT MULTIPLE SCLEROSIS PROGNOSIS OF THE DISEASE

Multiple sclerosis is a condition, which is characterized by different clinical courses and a variety of clinical manifestation. The more rapid progression of multiple sclerosis was associated with male sex, movement disorders at onset of the disease.

Key words: multiple sclerosis; debut of the disease; progression rate.

Корреспонденцию адресовать:

ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна,
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5,
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, тел: 8 (3843) 45-48-73; 45-42-19. E-mail: postmaster@rambler.ru

Сведения об авторах:

ГОРЕНИНСКАЯ Светлана Валерьевна, врач-невролог, неврологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

ВАСЕНИНА Екатерина Дмитриевна, врач-невролог, зав. неврологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

КОМИССАРОВА Светлана Дмитриевна, врач-невролог, неврологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

КОЛОТОВА Лидия Григорьевна, врач-невролог, неврологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

КОРОТКЕВИЧ Надежда Андриановна, главный областной специалист невролог, ГАУЗ КО КОКБ, г. Кемерово, Россия.

АРЕФЬЕВА Елена Геннадьевна, канд. мед. наук, врач-невролог, ГАУЗ КО КОКБ, г. Кемерово, Россия.

Information about authors:

GORENINSKAYA Svetlana Valerievna, neurologist, neurological department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

ZHESTIKOVA Marina Grigorievna, candidate of medical sciences, docent, head of the department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

VASENINA Ekaterina Dmitrievna, neurologist, head of the neurological department, City Clinical Hospital № 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

KOMISSAROVA Svetlana Dmitrievna, neurologist, neurological department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.



KOLOTOVA Lidiya Grigorievna, neurologist, neurological department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

KOROTKEVICH Nadezhda Andrianovna, the main regional specialist neurologist, Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

AREF'EVA Elena Gennadievna, candidate of medical sciences, neurologist, Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

Рассеянный склероз (РС) — это хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы с выраженной клинической вариабельностью, непредсказуемостью прогноза, неизвестной этиологией и недостаточно изученным патогенезом. Это мультифакториальное, аутоиммунное, нейродегенеративное, демиелинизирующее заболевание нервной системы, вызываемое гипотетическими факторами (наличие вирусной медленной инфекции) в сочетании с определенными климато-географическими факторами, у лиц с определенной генетической предрасположенностью (наличие АГ гистосовместимости HLA — A3, B7, DW-2, DR-2), что приводит к нарушениям ГЭБ, демиелинизации и склерозу (глиозно-дистрофический процесс) с определенной стадийностью их развития, проявляется полиморфными множественными очагами в центральных и периферических отделах нервной системы с периодами обострения и ремиссий при общей прогрессивности процесса.

Рассеянный склероз является одной из наиболее социально значимых проблем современной неврологии. Повышенное внимание связано с тем, что этим заболеванием страдают в большинстве своем, молодые люди, ведущие активную трудовую деятельность и социальную жизнь, и по данным ВОЗ, рассеянный склероз является наиболее частой причиной стойкой утраты трудоспособности у молодых людей, особенно женщин детородного возраста. В этой связи мы имеем высокий уровень медицинских и немедицинских расходов. Более 50 % больных через 10 лет ограничены в выполнении профессиональных обязанностей, через 15 лет ограничены в передвижении, а через 20 лет не обслуживают себя. Последние два десятилетия изменили представления о наших возможностях в отношении РС. Прежде всего, выявлено значительное увеличение распространенности РС, в некоторых областях и истинный рост заболеваемости. Доступнее стала диагностика. Благодаря внедрению в практику новых лекарственных препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС) — заболевание превратилось из тяжелого, фатального в относительно курабельное.

Основная цель в лечении пациента — снижение частоты обострений и замедление прогрессирования инвалидизации, т.е. сохранение качества жизни на протяжении всего периода болезни. Частота обострений и скорость прогрессирования стойких неврологических нарушений в первые 2-5 лет течения РС определяет прогноз течения

РС на всех сроках развития, вплоть до очень поздних, т.е. через 25-30 лет. По существующим рекомендациям терапия ПИТРС должна быть начата уже в дебюте заболевания, даже на стадии КИС при подтверждении «рассеянности процесса в пространстве и времени» на МРТ. Раннее начало терапии ПИТРС является бесспорным методом выбора с медицинской и экономической точек зрения. Таким образом, важна ранняя диагностика «достоверного РС».

Для дебюта опасный возраст 3-50 лет. Критический возраст 20-29 лет — 42 %, 30-39 лет — 27 %, 40-49 лет — 10 %.

По данным литературы к наиболее частым синдромам дебюта относятся:

- чувствительные нарушения — 40 %,
- зрительные и глазодвигательные расстройства — 35 %,
- нарушение походки — 32 %,
- парезы — 24 %,
- головокружение — 8 %,
- сфинктерные нарушения — 6 %,
- нарушение координации в руках — 4 %,
- утомление — 1 %,
- психотические нарушения — 1 %,
- вегетативно-эндокринные — 56 %.

По типу начала разделяют:

- а) постепенное, медленное, незаметное, моносимптомное;
- б) острое с множественной неврологической симптоматикой.

Цель работы — ретроспективный анализ клинической картины дебюта, выявление зависимости скорости прогрессирования от клиники дебюта у пациентов, наблюдающихся в нашей клинике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы случаи РС у 31 человека, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении МБЛПУ «ГКБ № 2» г. Новокузнецка с 2011 по 2014 гг. Диагноз РС устанавливали по критериям Mac-Donald. Для оценки тяжести клинических проявлений использовали расширенную шкалу инвалидизации (Expanded Disability Status Scale — EDSS).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По гендерному признаку пациенты разделились 1,8 : 1 (20 женщин и 11 мужчин). По типу течения пациенты разделились: первично-прогрессирующий РС 3 пациента (9,7 %): 1 муж-

чина (3,2 %) и 2 женщины (6,5 %); ремиттирующий РС 10 человек (32 %): 3 мужчин (9,7 %) и 7 женщин (22,3 %); вторично-прогрессирующий РС 18 человек (58 %): 7 мужчин (22,3 %) и 11 женщин (35,7 %). Значения EDSS получены от 1 балла (2 пациента) до 9 баллов (1 пациент), 16 человек (52 %) имели значения от 3,5 до 4,5 баллов. Возрастной диапазон с 18 до 67 лет. Средняя длительность заболевания 13 ± 12 лет. Таким образом, заболевание началось с 16 до 19 лет у 2 пациентов (6 %), с 20 до 29 лет у 15 человек (48 %), с 30 до 39 лет у 10 пациентов (33 %), 40-43 года 4 пациента (13 %).

По типу начала заболевания пациенты разделились на постепенное моносимптомное у 27 человек (87 %), острое многосимптомное 4 человека (13 %). ПИТРС принимали 34 пациента.

В клинике дебюта наблюдались следующие синдромы:

- зрительные нарушения, ретробульбарный неврит (РБН) (14 человек) — 45 %;
- глазодвигательные (3 человека) — 10 %;
- пирамидные (12 человек) — 39 %;
- вестибулярные и мозжечковые (7 человек) — 22 %;
- чувствительные (1 человек) — 3 %.

В сравнении с данными литературы у нас преобладали пациенты с глазодвигательными и зрительными нарушениями, а не с чувствительными нарушениями. Но следует помнить, что чувствительные нарушения, как правило, субъективные, нелокализованные, боли, парестезии, реже симптом Лермитта. Эти проявления могут быть проигнорированы пациентом в дебюте и забыты при ретроспективном анализе. Наиболее характерно изолированное снижение вибрационной чувствительности, которую проверить не сложно, а результат может быть диагностически важен. Не встречались пациенты с вегетативно-эндокринными расстройствами, хотя это может быть четко

очерченный синдром, симптом холодных или горячих ног, периферический вегетативно-сосудисто-трофический синдром, признаки прогрессирующей вегетативной недостаточности, аменорея, импотенция и другие. Возможно, это связано с деликатным характером некоторых жалоб и обращением пациентов к другому специалисту.

Неблагоприятным фактором является пирамидная или мозжечковая симптоматика в дебюте, а также острое многосимптомное начало. Мы оценили скорость прогрессирования (СП) заболевания, которую рассчитывали ретроспективно — это отношение количества баллов EDSS на момент обследования к длительности болезни в годах. В группе с РБН в дебюте — СП имела значение у женщин 0,37, у мужчин 0,53. В группе пациентов с пирамидной и мозжечковой симптоматикой в дебюте СП у женщин 0,55, у мужчин 1,1. У пациентов с острым многосимптомным началом значение СП у женщин 0,6, у мужчин 2 (рис. 1).

Не найдена связь между скоростью прогрессирования и возрастом дебюта, вероятнее из-за маленькой выборки.

ВЫВОДЫ:

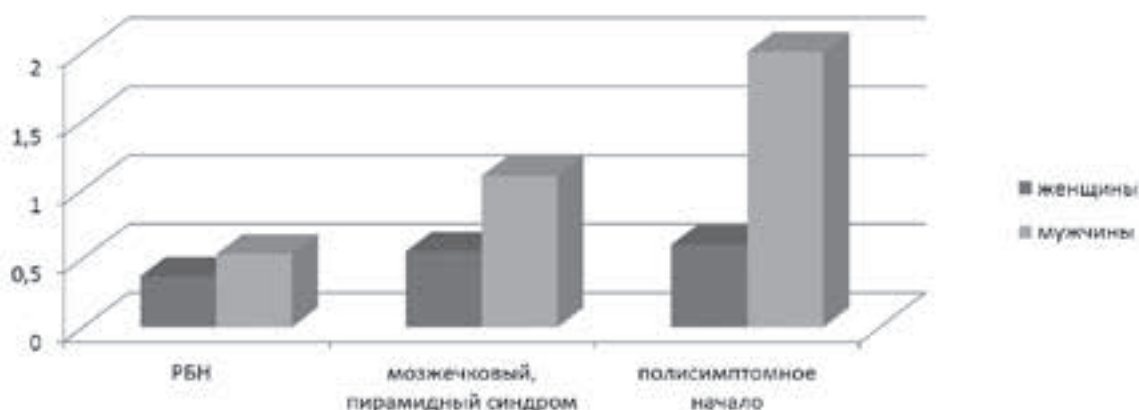
Следует помнить о том, что одними из частых клинических проявлений дебюта могут быть чувствительные нарушения. Если это четко не очерченные, не локализованные жалобы, которые нарушают качество жизни необходимо думать о РС.

У всех молодых пациентов, у которых остро возникла неврологическая симптоматика необходимо проверять вибрационную чувствительность. Обязательно анамнестически уточнять наличие симптома Лермитта.

Скорость прогрессирования выше у пациентов с полисиндромальным дебютом, пирамидными и мозжечковыми нарушениями.

Мужской пол является относительным риском быстрого прогрессирования рассеянного склероза.

Рисунок
Скорость прогрессирования (СП) заболевания





ЛИТЕРАТУРА:

1. Малкова, Н.А. Рассеянный склероз /Малкова Н.А., Иерусалимский А.П. – Новосибирск, 2006. – 198 с.
2. Шмидт, Т.Е. На пути к индивидуализированному подходу к лечению пациентов с рассеянным склерозом /Шмидт Т.Е. //Неврол. журнал. – 2011. – № 2. – С. 4-11.
3. Гусев, Е.И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания /Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. – М., 2004. – 540 с.
4. Факторы, ассоциированные с высокой скоростью прогрессирования рассеянного склероза /Смагина И.В., Ельчанинова С.А, Золовкина А.Г., Гридина А.О. //Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 2. – С. 25-29.





КОВАЛЕВА Ю.В., ЧАВДАР Ф.Н., РЫЖКОВА Н.В., МАСЛОВ А.П.,
БАРАНОВА М.Н., ГУЩИНА В.В., КАРЕПАНОВА Г.А.
*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА

Выполнена оценка влияния терапии статинов-генериков розувастатина и аторвастатина на липидный спектр и биохимические показатели крови у больных ишемической болезнью сердца в условиях обычной медицинской практики. Полученные данные продемонстрировали положительное влияние как аторвастатина, так и розувастатина на изменения липидного спектра крови. Достоверных различий в липидомодулирующем эффекте аторвастатина и розувастатина не обнаружено.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; поражение сосудистой стенки; атеросклероз; атерогенные липиды; замедление прогрессирования атеросклероза.

KOVALEVA YU.V., CHAVDAR F.N., RYZHKOVA N.V., MASLOV A.P.,
BARANOVA M.N., GUSCHINA V.V., KOREPANOVA G.A.
*Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine,
City Clinical Hospital N 1,
City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk*

THE USE OF ATORVASTATIN AND ROSUVASTATIN IN CLINICAL PRACTICE IN PATIENTS AT HIGH RISK

The evaluation of the effect of statin therapy generic rosuvastatin and atorvastatin on lipid profile and blood biochemical parameters in patients with coronary heart disease in terms of usual medical practice. The data obtained demonstrated a positive impact on both atorvastatin and rosuvastatin on changes in lipid levels. Significant differences in the effect of atorvastatin lipidomodulatory scheme and rosuvastatin were found.

Key words: cardiovascular diseases; defeat of a vascular wall; atherosclerosis; atherogenous lipids; deceleration of progressing of atherosclerosis.

Корреспонденцию адресовать:

РЫЖКОВА Наталья Владимировна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

КОВАЛЕВА Юлия Владиславовна, канд. мед. наук, зав. кардиологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 1»; ассистент, кафедра кардиологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

ЧАВДАР Федор Николаевич, канд. мед. наук, врач-кардиолог, МБЛПУ «ГКБ № 1»; доцент, кафедра кардиологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

РЫЖКОВА Наталья Владимировна, врач, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

МАСЛОВ Александр Петрович, врач-кардиолог, зав. кардиологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

БАРАНОВА Марина Николаевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра кардиологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

ГУЩИНА Валентина Владимировна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

КАРЕПАНОВА Галина Алексеевна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

KOVALEVA Yuliya Vladislavovna, candidate of medical sciences, head of the cardiology department, City Clinical Hospital N1; assistant, department of cardiology, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

CHAVDAR Fedor Nikolaevich, candidate of medical sciences, cardiologist, City Clinical Hospital N 1; docent, department of cardiology, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

RYZHKOVA Nataliya Vladimirovna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

MASLOV Aleksandr Petrovich, cardiologist, head of the cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

BARANOVA Marina Nikolaevna, candidate of medical sciences, docent, department of cardiology, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

GUSHCHINA Valentina Vladimirovna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

KAREPANOVA Galina Alekseevna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения — главная причина смертности и инвалидизации населения в большинстве стран мира, включая Российскую Федерацию [1]. Основной патогенетической причиной большинства сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) служит атеросклеротическое поражение сосудистой стенки. В связи с этим, предотвращение развития и замедление прогрессирования атеросклероза является основной задачей терапии у этой обширной группы пациентов.

Одним из наиболее эффективных средств успешной профилактики ССЗ являются лекарственные препараты, понижающие содержание атерогенных липидов в крови. Наиболее эффективные и широко используемые в настоящее время препараты, оказывающие гиполипидемический эффект — класс ингибиторов 3-гидроксигидрокси-3-метилглютарил коэнзим А-редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы) — статины. Они снижают уровень общего холестерина (ОХС), в основном за счет снижения уровня холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛНП), уровень триглицеридов (ТГ) и повышают уровень ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП) [2-5]. В России зарегистрированы 6 статинов: флувастатин, ловастатин, правастатин, симвастатин, аторвастатин и розувастатин, что делает актуальным вопрос выбора конкретного препарата практикующим врачом. Крайне важными критериями выбора служат эффективность и безопасность конкретного препарата.

Следует отметить, что статины снижают ХС ЛНП на 20-60 %, ТГ на 10-20 % и повышают уровень ХС ЛВП на 5-15 %. Длительное применение статинов (не менее 5 лет), уменьшает частоту осложнений от ИБС и других ССЗ на 25-40 %. Максимальный гиполипидемический эффект при назначении статинов наступает через 2-3 недели от начала лечения [6]. Однако результаты тера-

пии по снижению ССО начинают проявляться не ранее 6-9 месяцев от начала приема статинов [7]. В настоящее время в России зарегистрированы более 30 статинов-генериков (воспроизведенные копии оригинальных препаратов).

Достаточно часто выбор осуществляется между аторвастатином и розувастатином — современными синтетическими статинами, оказывающими выраженный липидомодулирующий эффект. В настоящее время оба препарата активно изучаются, обладают обширными доказательными базами. В ряде исследований проводилось непосредственное сравнение оригинальных аторвастатина и розувастатина.

Аторвастатин — синтетический статин, который в настоящее время хорошо изучен во многих международных исследованиях и доказал свою эффективность. Аторвастатин не только эффективно снижает уровень липидов, но вызывает благоприятные изменения сосудистой стенки, т.е. оказывает не только гиполипидемическое, но и антиатеросклеротическое действия.

Розувастатин представляет собой синтетический статин, который в большей степени взаимодействует с ГМГ-КоА-редуктазой, что связано с более высокой аффинностью к активному центру этого фермента [7]. Также этот препарат имеет наиболее длительный период полувыведения среди всех статинов и является единственным статином, который минимально метаболизируется системой ферментов цитохрома P450 (CYP 450) без значимого вовлечения изофермента 3A4. В результате клинически значимых лекарственных взаимодействий розувастатина и других препаратов, которые ингибируют ферменты CYP 450, практически не происходит. Это свойство розувастатина облегчает его назначение в составе комплексной терапии, например, с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, нитратами, антагонистами кальция, диуретиками, β-адреноблокаторами.



Сравнение доказательных баз оригинального розувастатина и оригинального аторвастатина позволяет констатировать выраженный гиполипидемический эффект у обоих препаратов. В отдельных сравнительных исследованиях розувастатин имел некоторое преимущество перед аторвастатином в отношении снижения уровня общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности, влияние же сравниваемых препаратов на уровень триглицеридов, как правило, было сопоставимым. В некоторых исследованиях сравниваемые дозы розувастатина и аторвастатина давали сопоставимый эффект в отношении уровня снижения холестерина липопротеидов низкой плотности. [PULSAR (Prospective study to evaluate the Utility of Low dose of the Statins Atorvastatin and Rosuvastatin); STELLAR (Statin Therapies for Elevated Lipid Levels compared Across doses to Rosuvastatin) SATURN (Study of Coronary Atheroma by Intravascular Ultrasound: Effect of Rosuvastatin versus Atorvastatin); ANDROMEDA; CENTAURUS (Comparison of the Effects Noted in the ApoB/ApoA-I ratio Using Rosuvastatin and atorvastatin in patients with acute coronary Syndrome)].

Цель работы — оценить влияние терапии статинов-генериков розувастатина (Мертенила-Гедеон Рихтер) и аторвастатина (Торвакарда ЗЕНТИВА) на липидный спектр и биохимические показатели крови у больных ишемической болезнью сердца в условиях обычной медицинской практики. А также, сравнение эффективности аторвастатина (Торвакарда) и розувастатина (Мертенила).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всем пациентам исходно проводили опрос по стандартной анкете, регистрировали показатели антропометрии, артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС). Перед началом и в конце исследования определялись уровни ОХС, ХС ЛНП, ХС липопротеидов высокой

плотности (ЛВП), триглицеридов (ТГ), а также активность АСТ, АЛТ, КФК как показателей безопасности. Продолжительность исследования составила 4 недели.

Пациенты были разделены на две группы: принимающие аторвастатин (Торвакард ЗЕНТИВА) в дозе 20 мг/сут. и использующие розувастатин (Мертенил Гедеон Рихтер) в дозе 10 мг/сут., на фоне сопутствующей терапии.

Критерием эффективности липид-снижающей терапии служило достижение целевых уровней ХС ЛНП в соответствии с современными Российскими рекомендациями по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена.

В группу Торвакарда (аторвастатина) были рандомизированы 25 пациентов, в группу Мертенила (розувастатина) — 50 пациентов. Мужчины и женщины составили в группе Торвакарда 56 % и 44 %, соответственно, в группе Мертенила — 42 % и 58 %, соответственно. Средний возраст пациентов был практически идентичен и составил 62,4 лет в группе Торвакарда и 65,4 лет — в группе Мертенила.

Обе группы пациентов по всем показателям, учитываемым в исследовании, между собой статистически не различались (табл. 1). Важно подчеркнуть, что исследование проводилось силами практических врачей.

По факторам риска (ФР) и наличию ССЗ сравниваемые группы пациентов также были сопоставимы.

Подавляющее большинство больных страдали артериальной гипертензией, практически у половины больных было ожирение разной степени выраженности. Все исследуемые получали комбинированную антигипертензивную, антиангинальную, антитромботическую терапию. (β -адреноблокаторы, нитраты, антагонисты рецепторов к АТ II, блокаторы кальциевых каналов, диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, аспирин). Не участвовали в исследовании следующие категории больных: лечивши-

Таблица 1
Характеристика пациентов после рандомизации ($M \pm m$)

Показатель	Торвакард	Мертенил	p
Возраст (лет)	62,4 $\pm$ 1,64	65,4 $\pm$ 1,5	0,2
ЧСС (уд/мин)	73,6 $\pm$ 2,35	69,5 $\pm$ 2,1	0,2
САД (мм рт. ст.)	148,7 $\pm$ 2,8	142,8 $\pm$ 2,5	0,2
ДАД (мм рт. ст.)	86,5 $\pm$ 2,8	84,4 $\pm$ 1,08	0,4
ОХС (ммоль/л)	6,3 $\pm$ 1,7	6,3 $\pm$ 0,16	0,9
ХС ЛНП (ммоль/л)	4,1 $\pm$ 0,18	3,9 $\pm$ 0,15	0,4
ТГ (ммоль/л)	2,2 $\pm$ 0,22	2,6 $\pm$ 0,20	0,2
ХС ЛВП (ммоль/л)	1,1 $\pm$ 0,03	1,03 $\pm$ 0,04	0,2
АСТ (Е/л)	30,0 $\pm$ 3,6	30,7 $\pm$ 2,8	0,9
АЛТ (Е/л)	24,4 $\pm$ 3,6	26,8 $\pm$ 2,8	0,6
КФК (Е/л)	124,3 $\pm$ 14,6	104 $\pm$ 13,1	0,3

Примечание: САД — систолическое АД; ДАД — диастолическое АД.

еся в предшествующие периоды ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе динамики параметров липидного обмена через 4 недели лечения статинами наблюдалось достоверное снижение уровней ОХС, ХС ЛНП, ТГ и некоторое повышение ХС ЛВП по сравнению с исходными, в обеих сравниваемых группах (табл. 2).

К концу исследования в группе Торвакарда уровень ОХС снизился на 20,7 % от исходного, в группе Мертенила — на 23 %.

Отмечено снижение среднего уровня ХС ЛНП на 30,2 % в группе Торвакарда и на 37 % в группе Мертенила.

Оба препарата статистически значимо снижали уровень ТГ: Торвакард — на 22,7 %, Мертенил — на 28 %.

Отмечено некоторое увеличение уровня ХС ЛВП на 10 % на фоне приема Торвакарда и на 8,7 % при приеме Мертенила. Полученные данные динамики липидного спектра были характерны как для женщин, так и для мужчин в равной степени.

На протяжении всего исследования не отмечено возникновения побочных реакций — данные физикального обследования и результаты ЭКГ в динамике не отличались от исходных показателей, а также не было существенного изменения

уровня печеночных трансаминаз, креатинкиназы, билирубина и глюкозы в крови (табл. 3).

Полученные нами данные продемонстрировали положительное влияние как аторвастатина, так и розувастатина на изменения липидного спектра крови. Достоверных различий в липидомодулирующем эффекте аторвастатина (Торвакарда) и розувастатина (Мертенила) не выявлено.

Через 4 недели приема препараты достоверно снижали уровень общего ХС, средний показатель ХС ЛНП достоверно снизился. Уровень ХС липопротеидов высокой плотности повысился по сравнению с исходным. Содержание триглицеридов плазмы снизилось.

Следует отметить, что аторвастатин (Торвакард) в дозе 20 мг/сут. и, соответственно, розувастатин (Мертенил) в дозе 10 мг/сут. обладают высокой липидснижающей эффективностью с оптимальным соотношением стоимости и эффективности.

Таблица 2
Концентрация липидов крови у больных ИБС после терапии аторвастатином (n = 25) и розувастатином (n = 50)

Показатель	Мертенил	Торвакард	Р
Общий ХС, ммоль/л	4,82 ± 0,16	5,0 ± 0,16	0,48
ХС ЛНП, ммоль/л	2,89 ± 0,15	3,0 ± 0,18	0,658
ХС ЛВП, ммоль/л	1,12 ± 0,03	1,2 ± 0,05	0,151
ТГ, ммоль/л	1,79 ± 0,08	1,7 ± 0,17	0,587

Таблица 3
Динамика биохимических показателей крови у больных ИБС после терапии аторвастатином (n = 25) и розувастатином (n = 50)

Показатель	Мертенил	Торвакард	Р
АСТ, Ед/л	26,1 ± 0,98	24 ± 0,24	0,138
АЛТ, Ед/л	23,1 ± 0,98	24 ± 0,30	0,524
КК, Ед/л	106,36 ± 13,68	132 ± 14,4	0,245
Билирубин, ммоль/л	14,16 ± 0,36	13,8 ± 0,49	0,561
Глюкоза, ммоль/л	5,36 ± 0,25	5,0 ± 0,19	0,345

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шальнова, С.А. Тенденция смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) /Шальнова С.А., Деев А.Д. //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 10(6). — С. 5-10.
2. Марцевич, С.Ю. Достижение целевого уровня липидов у больных высокого сердечно-сосудистого риска: имеет ли значение выбор препарата /Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. //Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2008. — № 1.
3. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins /Baigent C., Keech A., Kearney P.M. et al. //Lancet. — 2005. — V. 366. — P. 1267-1278.
4. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis /Kearney P.M., Blackwell L., Collins R. et al. //Lancet. — 2008. — V. 371. — P. 117-125.
5. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials /Baigent C., Blackwell L., Emberson J. et al. //Lancet. — 2010. — V. 376. — P. 1670-1681.
6. Clearfield, M. Efficacy and safety of rosuvastatin 10 mg versus atorvastatin 20 mg: results of the PULSAR study /Clearfield M., Kallend D., Palmer M. //Atheroscler. Suppl. — 2005. — V. 6. — P. 104.
7. Rubba, P. Efficacy and safety of rosuvastatin in the management of dyslipidemia /Rubba P., Marotta G., Gentile M. //Vasc. Health Risk. Manag. — 2009. — V. 5. — P. 343-352.



КОМИССАРОВА С.Д., ВАСЕНИНА Е.Д., ЖЕСТИКОВА М.Г., ГОРЕНИНСКАЯ С.В.
*МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
г. Новокузнецк*

ОЦЕНКА АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И СТЕПЕНИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Важную роль в развитии ишемических инсультов отводится атеротромбозу брахиоцефальных артерий. Проведен анализ степени выраженности атеротромботических стенозов брахиоцефальных артерий и уровня дислипидемии у больных с ишемическим инсультом. Выявлена обратная пропорциональность между степенью стеноза БЦА и гиперлипидемией.

Ключевые слова: ишемический инсульт; атеротромбоз; гиперхолестеринемия.

KOMISSAROVA S.D., VASENINA E.D., ZHESTICOVA M.G., GORENINSKAYA S.V.
*Municipal clinic Health Care Facility «City Hospital N 2»,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine,
Novokuznetsk*

EVALUATION OF ATHEROTHROMBOTIC LESIONS BRACHYCEPHALIC ARTERIES AND DEGREE OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Atherothrombosis of brachiocephalic arteries plays an important role in the incidents of ischemic stroke. Analysis between relationship atherothrombotic stenosis of brachiocephalic arteries and the level of dyslipidemia in patients with ischemic stroke was performed. We found inverse correlation between degree of stenosis brachiocephalic arteries and dyslipidemia.

Key words: ischemic stroke; atherothrombosis; dyslipidemia.

Корреспонденцию адресовать:

ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна,
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5,
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России.
Тел: 8 (3843) 45-48-73; 45-42-19. E-mail: postmaster@rambler.ru

Сведения об авторах:

КОМИССАРОВА Светлана Дмитриевна, врач-невролог, неврологическое отделение МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ВАСЕНИНА Екатерина Дмитриевна, врач-невролог, зав. неврологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой медицинской реабилитации и рефлексотерапии ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
ГОРЕНИНСКАЯ Светлана Валерьевна, врач-невролог, неврологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

KOMISSAROVA Svetlana Dmitrievna, neurologist, neurological department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
VASENINA Ekaterina Dmitrievna, neurologist, head of the neurological department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
ZHESTICOVA Marina Grigorievna, candidate of medical sciences, docent, head of the department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
GORENINSKAYA Svetlana Valerievna, neurologist, neurological department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Ишемический инсульт представляет собой серьезную угрозу для здоровья и является ведущей причиной длительной инвалидизации населения в развитых странах. Летальность от инсульта колеблется от 25 до 30 %, а у выживших остается высокий риск развития повторного ишемического эпизода, такого как инфаркт миокарда и повторный инсульт, и смерти. Риск инсульта увеличивается с каждым десятилетием жизни, и в пожилой популяции инвалидизация населения в связи с ишемическими событиями будет возрастать [1].

На долю атеротромботических инсультов приходится 30-50 % от общего числа ишемических инсультов. Атеросклероз сосудов дуги аорты, особенно бифуркации общей сонной артерии, является главной причиной протекающих ишемических инсультов, составляя примерно 20 % всех инсультов; в то же время 80 % этих событий могут происходить без предшествующей симптоматики, подчеркивая необходимость превентивного обследования пациентов групп риска.

Скорость прогрессирования стенозов сонных артерий непредсказуема. Болезнь может развиваться стремительно, медленно или оставаться стабильной в течение многих лет. Общеизвестно, что атеросклероз является полиэтиологичным процессом, и до сегодняшнего дня описано уже более 250 эндогенных и экзогенных факторов риска его развития. Однако характерно, что ни один из них, даже из наиболее распространенных и значимых, не является обязательным, и атеросклероз возникает как у лиц с гиперхолестеринемией (ГХЕ), так и с нормальным содержанием холестерина (ХС) в крови, у лиц с артериальной гипертензией и с нормальным давлением крови, у лиц с ожирением и кахексией, на фоне сахарного диабета (СД) и без него [2]. 50 % всех ишемических инсультов происходят у больных без ГХЕ, а 20 % всех острых сосудистых событий происходит при отсутствии какого-либо из основных факторов сердечно-сосудистых рисков.

Клиническое и прогностическое значение атеросклероза определяется количеством атеросклеротических бляшек (10-20 %), подвергшихся повреждению (эрозии, трещине, надрыву, разрыву) с последующим формированием пристеночного тромба, стенозирующего просвет сосуда вплоть до его окклюзии. На ранних этапах развития атеросклеротических бляшек формируются так называемые «ранимые» бляшки, которые заполняют незначительную часть просвета сосуда, то есть являются эксцентрическими. Благодаря своей эластичности и небольшим размерам они обычно не вызывают гемодинамически значимого сужения артерий, нередко не выявляются при ангиографии. Истончению и ослаблению фиброзной капсулы и увеличению риска повреждения атеросклеротической бляшки способствует бы-

строе, более чем на 30 %, увеличение размера ее мягкого ядра. Но главная роль в нестабильности (неустойчивости) атеросклеротической бляшки, по современным представлениям, принадлежит воспалительному процессу, индуцированному окисленными липопротеинами низкой плотности (ЛПНП). Пусковым механизмом повреждения нестабильных атеросклеротических бляшек могут служить гемодинамические факторы (повышение и резкое изменение артериального давления, повышение частоты и силы сокращений сердца, спазм, компрессия и растяжение сосудов), приводящие к так называемой «усталости» фиброзной капсулы бляшки [3]. Нарушение мозгового кровообращения (транзиторная ишемия мозга или ишемический инсульт) возникают вследствие частичной или полной закупорки церебральных артерий либо тромбами, либо эмболами [4]. ГХЕ способствует модификации ЛПНП и принимает, таким образом, участие в инициации и прогрессировании атеросклероза, но не является независимым самостоятельным фактором атерогенеза. Хотя большинство исследователей признает, что ГХЕ не является ведущим фактором атеросклероза, она продолжает рассматриваться как основной показатель наличия и тяжести течения процесса, как ведущий критерий прогнозирования его исходов и эффективности лечения.

Цель работы — выявление зависимости степени атеротромботических изменений брахиоцефальных сосудов и показателей липидограммы у больных с ишемическим инсультом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ 124 историй болезни пациентов, находившихся в неврологическом отделении МЛПУ ГКБ № 2 г. Новокузнецка с диагнозом ишемический инсульт в 2012-2013 гг. В исследовании использовались следующие методы: клинико-неврологический, лабораторный (клинический и биохимический), нейровизуализационный. Всем пациентам проводилась мультиспиральная компьютерная томография головного мозга, исследование липидограммы, которое включало в себя определение холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов высокой плотности, коэффициента атерогенности; доплерография и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

124 пациента проходили лечение в неврологическом отделении МБЛПУ ГКБ № 2 в остром периоде ишемического инсульта. Характер инсульта был верифицирован нейровизуализационными и клиническими методами. По гендерному составу в группе представлены 51 мужчина и 73 женщины. Средний возраст исследуемых составил $77,3 \pm 19,2$ лет. По возрастному составу



от 50 до 60 лет было 17 пациентов (13,7 %), от 60 до 70 лет — 33 пациента (26,6 %), от 70 до 80 лет — 56 пациентов (45,2 %), старше 80 лет — 18 пациентов (14,5 %). По локализации инсульта у 109 пациентов (88 %) отмечалось поражение в каротидном бассейне, у 15 пациентов (12 %) — в вертебробазилярном бассейне.

Все пациенты имели сосудистые факторы риска и наблюдались с одним или несколькими хроническими заболеваниями. Гипертоническая болезнь регистрировалась у 116 пациентов (93,5 %), сахарный диабет — у 27 пациентов (21,8 %), патология сердца в виде постинфарктного кардиосклероза и стенокардии — у 43 пациентов (34,75 %); постоянная форма фибрилляции предсердий отмечена у 33 пациентов (26,6 %).

У 50 пациентов (40,3 %) уровень холестерина отмечен ниже целевого уровня (5,0 ммоль/л). У 49 пациентов (39,5 %) уровень липопротеинов низкой плотности зарегистрирован ниже целевого уровня (3,0 ммоль/л). У 42 пациентов (33,9 %) ниже целевого уровня были отмечены и уровень холестерина, и ЛПНП.

По результатам дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий признаки нестенозирующего атеросклероза магистральных сосудов головного мозга в виде неравномерного утолщения интимы выявлены у 22 пациентов (17,7 %), у остальных зафиксированы атеросклеротические бляшки с различной выраженностью стеноза сосудов каротидного бассейна, в частности стеноз 10-20 % просвета сосуда выявлен у 1 пациента (0,8 %), стеноз 20-30 % у 25 пациентов (20,2 %), стеноз 30-40 % — у 27 пациентов (21,8 %), стеноз 40-50 % — у 16 пациентов (12,9 %), стеноз 50-60 % — у 17 пациентов (13,7 %), стеноз 60-70 % — у 5 пациентов (4 %), стеноз 70 % до субтотального — у 11 пациентов (8,9 %). Гемодинамически значимые симптомные стенозы (т.е. 50 % и больше) выявлены у 33 пациентов (26,6 %), а наиболее часто выявляемые стенозы занимают в просвете 20-50 % (68 пациентов — 54,8 %), что подтверждает мнение о большей значимости в патогенезе возникновения ишемических инсультов небольших незрелых атеросклеротических бляшек.

Проанализировано соответствие ишемического поражения в зависимости от степени выраженности стеноза на стороне возникновения очага инсульта. В частности, совпадение инсульта в левом каротидном бассейне с более выраженным

стенозом в устье левой ВСА отмечено у 50 пациентов (40,3 %). Симметричность атеросклеротического поражения БЦА с 2-х сторон выявлялась у 18 пациентов (14,5 %). У 34 пациентов (27,4 %) выявлено несоответствие сторонности, когда по результатам дуплексного сканирования БЦА более выраженный стеноз выявлялся контрлатерально ишемическому очагу.

Среди пациентов с инсультом, имеющим нестенозирующее атеросклеротическое поражение БЦА, у 7 (32 %) уровень липидограммы был в пределах нормы, у 15 (68 %) выявлялась гиперлипидемия. У 69 пациентов, имеющих атеротромботический стеноз сонных артерий менее 50 % просвета сосуда, гиперлипидемия выявлялась у 50 (72,5 %), при стенозе БЦА 50-70 % у половины пациентов (11) выявлялась гиперлипидемия, а у половины (11) показатели липидограммы соответствовали нормальным показателям. При гемодинамически значимом стенозе свыше 70 % просвета сосуда из 11 пациентов у 8 (72,7 %) липидограмма соответствовала нормальным показателям. Самые высокие показатели липидограммы (холестерин 9,8 ммоль/л и ЛПНП 7,3 ммоль/л) выявлены у пациента с нестенозирующим поражением БЦА, а один из самых низких показателей липидограммы (холестерин 2,8 ммоль/л, ЛПНП 1,68 ммоль/л) у пациента с субтотальным атеротромботическим поражением БЦА.

ВЫВОДЫ:

1. У больных с ишемическим инсультом атеротромботическое поражение брахиоцефальных артерий различной степени стенозирования выявляется в высоком проценте случаев.
2. Наиболее часто выявляемые стенозы составляют 20-50 % просвета сосудов, что подтверждает мнение о большой значимости возникновения инсультов наличие небольших незрелых атеросклеротических бляшек с дальнейшим возникновением атероземболии.
3. Не выявлена прямая корреляция между степенью стеноза брахиоцефальных артерий и уровнем гиперлипидемии. Более высокие показатели липидограммы выявлены у пациентов с инсультом при субклиническом стенозе брахиоцефальных артерий, а при гемодинамически значимых стенозах БЦА уровень холестерина и липопротеидов низкой плотности в 2/3 случаев соответствовал целевым показателям липидов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Национальные рекомендации по ведению больных с заболеванием брахиоцефальных артерий /под ред. Бахерия Л.А. — М., 2013.
2. Коваленко, В.Н. Холестерин и атеросклероз: традиционные взгляды и современные представления /Коваленко В.Н., Талаева Т.В., Братусь В.В. //Украинский кардиологический журнал. — 2010. — № 3. — С. 3-12.
3. Суслина, З.А. Атеросклероз и ишемические нарушения мозгового кровообращения /Суслина З.А., Танашян М.М., Лагода О.В. //Атеротромбоз. — 2009. — № 2(3). — С. 60-67.
4. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики /Суслина З.А., Варакин Ю.А., Верещагин Н.В. — М., 2006. — 256 с.

КОРНИЕНКО Л.П., КОНОВАЛОВА Н.Г., ПАНОВА А.С., СМОРКАЛОВ А.В.
МБЛПУ «Зональный перинатальный центр»,
ФГБОУ ВПО «НФИ КемГУ»,
г. Новокузнецк

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ

В работе оценивается эффективность наружного применения комплексного препарата «Траумель С», содержащего 14 компонентов растительного и минерального происхождения в сверхмалых дозах в комплексе консервативного лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей до 6 месяцев.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренных суставов; Траумель С; сверхмалые дозы.

KORNIENKO L.V., KONOVALOVA N.G., PANOVA A.S., SMORKALOV A.V.
Zonal perinatal center,
Novokuznetsk Branch-Institute «Kemerovo State University», Novokuznetsk

OPTIMIZATION OF CONSERVATIVE TREATMENT OF HIP DYSPLASIA IN INFANTS UNDER 6 MONTHS

The paper assesses the effectiveness of outdoor applications integrated product «Traumeel» containing 14 components of vegetable and mineral origin in midget doses in the complex conservative treatment of hip dysplasia in infants under 6 months.

Key words: hip dysplasia; Traumeel S; ultra-low doses.

Корреспонденцию адресовать:

КОРНИЕНКО Людмила Васильевна,
654041, Новокузнецк, ул. Сеченова, 26,
МБЛПУ «ЗПЦ».
Тел: 8 (3843) 79-65-16. E-mail: perinatal_nk@mail.ru

Сведения об авторах:

КОРНИЕНКО Людмила Васильевна, канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед, МБЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия.
КОНОВАЛОВА Нина Геннадьевна, доктор мед. наук, зав. кафедрой психолого-физиологических основ физической культуры, ФГБОУ ВПО «НФИ КемГУ», г. Новокузнецк, Россия.
ПАНОВА Анна Сергеевна, врач ультразвуковой диагностики, МБЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия.
СМОРКАЛОВ Андрей Владимирович, врач ультразвуковой диагностики, МБЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

KORNIENKO Lyudmila Vasilievna, candidate of medical sciences, trauma surgeon orthopedic, Zonal perinatal center, Novokuznetsk, Russia.
KONOVALOVA Nina Gennadievna, doctor of medical sciences, head the department of psychological and physiological bases of physical training, Novokuznetsk Branch-Institute «Kemerovo State University», Novokuznetsk, Russia.
PANOVA Anna Sergeevna, doctor of ultrasonic diagnostics, Zonal perinatal center, Novokuznetsk, Russia.
SMORKALOV Andrey Vladimirovich, doctor of ultrasonic diagnostics, Zonal perinatal center, Novokuznetsk, Russia.

Нарушение развития (дисплазия) тазобедренных суставов (ТБС) является одной из наиболее распространенных и одновременно тяжелых ортопедических патологий у детей [2, 23]. По данным литературы, врожденный вывих и подвывих бедра встречается в 2-5 случаях на 1000 новорожденных, а по данным УЗИ отклонения в строении компонентов тазобедренного сустава и масса переходных форм между нормой и патоло-

гией выявляются в десятки раз чаще [2, 6, 25]. Большое количество больных обуславливает медицинскую и социальную значимость указанной патологии [7].

Во все века и при всех цивилизациях вплоть до настоящего времени врачи занимались и занимаются проблемой врожденного вывиха бедра. Так, есть сведения о применении арабскими и персидскими врачами раскаленного железа для ликвидации вывихов и скопления жидкости в су-



стае, Гиппократ же призывал врачей к раннему лечению детей с вывихами бедра и особой опеке над ними [15, 25].

Как свидетельствуют результаты большинства исследований, раннее, установленное сразу после рождения нарушение формирования тазобедренных суставов, может привести к их практически полному восстановлению при условии адекватного своевременно начатого лечения [6, 13].

Существующие на сегодняшний день традиционные методы лечения дисплазии тазобедренных суставов (ДТБС) у детей в возрасте от 1 до 18 месяцев (различные абдукционные аппараты и шины, гипсовые повязки, физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, массаж и некоторые другие) в 15-45 % случаев не приносят желаемого результата — выздоровления [3, 16].

Упоминаний в литературе об использовании наружных лекарственных средств при дисплазии ТБС у детей первого года жизни нам не встретилось. Между тем, доказано, что трансдермальные терапевтические системы являются эффективными средствами для лечения патологии суставов [17, 31]. При их применении поддерживается постоянная концентрация активного вещества в крови между аппликациями и отмечается более низкое содержание препарата в плазме, что обуславливает его хорошую переносимость и отсутствие системных нежелательных реакций [18, 30].

С другой стороны, доказано, что лекарственные препараты в ультранизких дозах (10~12_10-20) могут оказывать необходимые эффекты. Многочисленные экспериментальные исследования подтверждают возможность достижения высокого уровня корректирующей активности при использовании различных веществ в концентрациях — 10-12 М и ниже [5, 29]. В частности, мазь «Траумель С» содержит сверхнизкие концентрации большого числа различных компонентов растительного и минерального происхождения, каждому из которых присущи специфические, либо схожие с другими свойства. Эффективность и качество препарата подтверждено современными международными стандартами GMP и GSP.

Накоплен опыт использования данного препарата и в педиатрии [11, 14]. Так, на сегодняшний день мазь «Таумель С» применяют для лечения ювенильного ревматоидного артрита. Этот препарат стал базовым в лечении поражений суставов на фоне диффузных заболеваний соединительной ткани [1, 24]. Результаты мультицентрового наблюдательного исследования терапии различных видов дегенеративных нарушений, травматических и воспалительных заболеваний с использованием Траумель С у детей в возрасте от 0 до 12 лет подтвердили высокую эффективность препарата в виде монотерапии, хорошую его переносимость,

отсутствие побочных реакций [4, 9, 12, 21, 27].

Цель исследования — оценить эффективность трансдермального использования препарата Траумель С в комплексе консервативного лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей в возрасте от 3 до 6 месяцев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены дети в возрасте трех месяцев, у которых клинически отмечалось значительное ограничение отведения в тазобедренных суставах (45-60°) и по данным УЗИ отсутствовали ядра оссификации головок бедренных костей при наличии нормальных угловых показателей [8, 22].

Обследуемых разделили на основную и контрольную группы, идентичные по возрасту и полу. В контрольной группе (20 детей) пациенты получали стандартное ортопедическое и физиотерапевтическое лечение, детям основной группы (25 пациентов) наряду со стандартным лечением дополнительно втирали мазь «Траумель С».

Родителям рекомендовалось выдавливать из тубы полоску 0,5 см и распределять ее на боковые поверхности обоих тазобедренных суставов в проекции больших вертелов, втирая круговыми движениями в течение 3 минут перед занятием лечебной гимнастикой. Мазь наносилась 1 раз в день в течение трех месяцев: с момента осмотра в 3 месяца до следующего осмотра в полгода. Как правило, за указанный период использовался один тюбик.

Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-функциональное и ультрасонографическое обследование в 3 месяца и в 6 месяцев с целью определения динамики развития ТБС и эффективности проведенной терапии.

Клиничко-функциональный метод включал ортопедическое обследование детей с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей. При осмотре оценивались длина и положение нижних конечностей, симметрия ягодичных и бедренных складок, наличие или отсутствие ограничения отведения бедер. Пальпаторно оценивали положение головки бедра в вертлужной впадине, тонус мышц тазового пояса и нижних конечностей, хруст при движении в ТБС. Исследовали объем пассивных движений в суставах.

Параллельно всем детям проводили. Для метрической оценки сонограмм ТБС и измеряли углы альфа и бета по методике R Graf.

Исследование соответствует стандартам, изложенным в Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и правилам клинической практики в Российской Федерации. Информированное согласие

родителей (законных представителей) пациентов на обработку персональных данных получено.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном обследовании ни у кого из обследуемых обеих групп не отмечалось разницы в длине нижних конечностей, асимметрии их продольных осей и ягодичных складок. Ограничение отведения бедер выявлено у всех пациентов, оно служило одним из критериев включения в исследование. Пальпаторно головка бедра определялась в вертлужной впадине у 100 % пациентов в обеих группах. Гипертонус мышц нижних конечностей и тазового пояса отмечен у всех детей. Хруст при движении в ТБС выявлен у 1 ребенка в основной и у 1 ребенка в контрольной группе. По данным ультрасонографии ядра окостенения головок бедренных костей отсутствовали у всех пациентов обеих групп. Таким образом, в начале исследования основная и контрольная группы не различались между собой по клинической картине и результатам УЗИ.

Проведенное лечение положительно повлияло на развитие тазобедренных суставов детей обеих групп. Осложнений и побочных эффектов от применения стандартных методов лечения в контрольной группе и сочетания стандартных методов с применением препарата «Траумель С» в основной группе не отмечено.

При повторном осмотре через 3 месяца у 24 детей (96 %) основной группы отмечался полный объем движений в ТБС, у 1 ребенка определялось ограничение отведения до 70°. У всех пациентов основной группы движения формировались симметрично, хруста в суставах не было.

В контрольной группе ограничение отведения в тазобедренных суставах в прежнем объеме отмечалось у 30% обследуемых и уменьшилось в 25 % случаев, у остальных детей определялся полный объем движений. У 45 % пациентов сохранялся гипертонус в нижних конечностях, у 1 ребенка сохранялся хруст при движении в левом тазобедренном суставе.

Подводя итоги повторного клинического обследования, необходимо отметить появление различий между основной и контрольной группами. У 96% детей основной группы нормализовался объем движений в суставах, тонус мышц тазового пояса и нижних конечностей, что позволило им начать формировать симметричные поструральные и локомоторные стереотипы. В контрольной группе такой результат отмечен лишь у 45 % обследуемых.

По результатам повторной ультрасонографии у всех пациентов основной группы появились ядра окостенения головок бедренных костей, тогда как в контрольной группе они визуализировались у 18 из 20 детей.

В дополнение к стандартному ортопедическому и физиотерапевтическому лечению в основной группе мы трансдермально использовали лекарство, содержащее сверхнизкие концентрации веществ, комбинация которых стимулирует трофические, репаративные процессы, оказывает хондропротективное действие на хрящевую ткань. В силу содержания сверхмалых доз веществ в данном препарате, действие последнего основано на возвратном эффекте, суть которого заключается в том, что при введении в организм сверхнизких концентраций веществ терапевтический эффект от их действия не только не уменьшается, а наоборот, возрастает [5, 28].

Специальными исследованиями показано, что локальное применение мази, оказывает нормотонический эффект на мышцы и сосуды, способствует уменьшению застойных явлений, нормализуют проницаемость стенок сосудов, активизируют клеточное дыхание и окислительно-восстановительные процессы в них, тем самым положительно влияет на состояние периапартулярных тканей ТБС, уменьшая клинические симптомы нарушения их развития [4, 18, 19].

Так, в состав мази входит *Belladonna*, активными соединениями которой являются атропин, скополамин, гиосциамин. Все эти вещества — м-холинолитики, оказывают спазмолитическое действие, препятствуя чрезмерной вазодилатации. *Namamelis* способствует укреплению сосудистых стенок и препятствует развитию застойных явлений в венозной системе. *Calcium carbonicum* снижает проницаемость тканей, в том числе, сосудистой стенки, уменьшают образование экссудата. *Chamomilla* содержит хамазулен, терпен, кадинен, апиин, апигенин, кверцетин, матрикарин, убеллиферон, никотиновую кислоту, салициловую кислоту, фитостерин и другие вещества. Основные лечебные свойства препарата обусловлены действием хамазулена, который способствует регенерации тканей. *Echinacea purpurea* стимулируют фагоцитарную активность гранулоцитов, макрофагов и клеток ретикулоэндотелиальной системы. *Hepar sulphuris* — обеспечивает поддержку и улучшение клеточного дыхания, окислительно-восстановительных процессов и укрепление сосудистой стенки, *Aconitum napellus* и *Arnica montana* повышают тонус сосудов, *Calendula*, *Echinacea*, *Symphytum*, *Arnica*, активируют остеогенез, репаративные процессы костной ткани. Содержащиеся в экстракте *Arnicae* производные: флавоноиды, арницин и холин нормализует кровообращение, оказывается расслабляющее действие. Комплекс компонентов, входящих в состав Траумель С, способствует уменьшению активности ферментов, таких как эластаза, катепсин, коллагеназа (протеаза, что защищает структуру соединительной ткани от разрушающего действия) [10, 20].



Можно предположить, что с перечисленными свойствами препарата связана более высокая эффективность терапии пациентов основной группы.

Стандартное ортопедическое и физиотерапевтическое лечение обеспечивает правильное распределение давления на формирующиеся тазобедренные суставы, улучшение кровообращения в суставах. Однако не всегда этого оказывается достаточно. Локальное трансдермальное введение сверхмалых доз веществ, стимулирующих гистохимические процессы, оказывается существенным дополнением, позволяющим повысить эффективность лечения и сократить его сроки,

что особенно важно, если учитывать темпы двигательного развития ребенка первого года жизни.

ВЫВОДЫ:

1. Применение препарата «Траумель С» в лечении ДТБС у детей до 6 месяцев способствует правильному формированию тазобедренных суставов и может явиться важным дополнением к существующим консервативным методам.
2. Трансдермальное использование препарата, содержащего сверхмалые дозы веществ, положительно влияет на остеогенез и клинические проявления дисплазии ТБС.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антигомотоксическая терапия распространенных заболеваний у детей: справ. пособие для врачей /под ред. С.П. Кривокустов, Б.К. Шамугия. Ч. 1. – Киев, 2005. – 144 с.
2. Баиндурашвили, А.Г. Патология тазобедренных суставов в периоде новорожденности /Баиндурашвили А.Г., Чухраева И.Ю. //Травматология и ортопедия России, – 2011. – № 1(59). – С. 112-116.
3. Консервативное лечение детей с врожденным вывихом бедра /Бахтеева Н.Х., Винокуров В.А., Норкин И.А., Персова Е.А. //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, – 2003. – №4. – С. 34-37.
4. Бемер, Д. Терапия спортивных травм мазью Traumeel S – исследование методом двойного слепого контроля /Бемер Д., Амбрус П. //Биология. Медицина. - 1996.. – № 2. – С. 52-60.
5. Бурлакова, Е.Б. Действие сверхмалых доз биологически активных веществ и низкоинтенсивных физических факторов /Бурлакова Е.Б., Конрадова А.А., Мальцева Е.Л. //Химическая физика. – 2003.. – Т. 22, № 2. – С. 21-24.
6. Вашкевич, Д.Б. Диагностика врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста /Вашкевич Д.Б., Рукина Н.Н. //Человек и его здоровье: матер. X Юбил. Рос. нац. конгр. – СПб., 2005. – С. 134.
7. Дементьева, Д.М. Врожденные пороки развития как причина детской инвалидности Дементьева Д.М., Алешина Л.Л. //Актуальные проблемы педиатрии: матер. XI Конгр. – М., 2007. – С. 199-200.
8. Джалилов, А.П. Прогностические критерии в возникновении дисплазии тазобедренного сустава и вывиха бедра /Джалилов А.П. //Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии: матер. науч.-практ. конф. дет. травматологов-ортопедов России с междунар. участием, Екатеринбург, 19-21 сентября 2007. – СПб., 2007. – С. 218-219.
9. Ильенко, Л.И. Опыт применения препарата траумель С в перинатологии и неонатологии. Развитие гомеопатического метода в современной медицине /Ильенко Л.И., Бахмутова Л.А., Гужевина Е.Н. //Тез. докл. IX Моск. междунар. гомеопат. конф. – М., 2000. – С. 67-69.
10. Кершот, Я. Астма и бронхит /Кершот Я. //Биология. Терапия. – 1999. – № 1. – С. 16-18.
11. Костромина, В.П. Эффективность применения антигомотоксических препаратов в лечении рецидивирующего бронхита у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза /Костромина В.П., Ярошук Л.Б. //Биология. Терапия. – 2005. – № 3. – С. 21-28.
12. Кривокустов, С.П. Антигомотоксическая терапия в практике современной педиатрии /Кривокустов С.П. //Здоров'я України. – 2005. – № 4(113). – С. 35.
13. Литенецкая, О.Ю. Ранняя диагностика и лечение врожденного вывиха бедренной кости у детей первых 6 месяцев жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Литенецкая О.Ю. – М., 2004. – 23 с.
14. Опыт применения препарата Траумель С в реабилитации детей с рецидивирующим бронхитом /Лысенюк В.П. и др. //Биологическая терапия. – 1999. – № 3. – С. 33-36.
15. Малахов, О.А. Врожденный вывих бедра (клиническая картина, диагностика, консервативное лечение) /Малахов О.А., Кралина С.Э. – М., 2006. – 128 с.
16. Ошибки и осложнения при консервативном лечении врожденного вывиха бедра у детей /Малахов О.А., Леванова И.В., Кралина С.Э., Шарпарь В.Д. //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2003. – № 4. – С. 28-33.
17. Насонова, В.А. Локальная терапия суставного синдрома кремом Долгит или системное применение нестероидных противовоспалительных препаратов /Насонова В.А., Муравьев Ю.В., Кузьмина Н.Н. //Терапевтический архив. – 1998. – № 11. – С. 65-66.
18. Многоцентровая оценка эффективности и переносимости локальной терапии кремом Долгит у больных остеоартрозом /Насонова В.А., Муравьев Ю.В., Насонов Е.Л. и др. //Терапевтический архив. – 1995. – № 6. – С. 48-50.
19. Киргизова, О.Ю. Особенности применения физических факторов в педиатрии: уч. пособие /Киргизова О.Ю., Абрамович С.Г., Моторина И.Г. – Иркутск, 2003. – 19 с.
20. Пересадин, Н.А. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с хроническими заболеваниями ЛОР-органов и дыхательной системы: современные методологические аспекты использования антигомотоксических средств у часто болеющих лиц /Пересадин Н.А., Дьяченко Т.В. //Биология. Терапия. – 2004. – № 1. – С. 24-27.

21. Применение препарата «Траумель С» в современной неонатологии и педиатрии: метод. реком. /под. ред. проф. Власовца А.П. – Киев, 2005. – 29 с.
22. Наш опыт оценки состояния тазобедренных суставов в условиях ортопедического скрининга детей до 3 месяцев /Сморкалов А.В., Корниенко Л.В, Лучшева Е.В., Панова А.М.
23. Тарасов, А.Н. Структура патологии опорно-двигательной системы в раннем грудном возрасте /Тарасов А.Н. //Актуальные проблемы детской травматологии и ортопедии: матер. науч.-практ. конф. дет. травматологов-ортопедов России с междунар. участием, Екатеринбург, 19-21 сентября 2007. – СПб., 2007. – С. 41-42.
24. Актуальные вопросы лечения и профилактики различных заболеваний у детей с помощью антигомотоксических препаратов: тез. докл. науч.-практ. конф. – Киев, 2003. – 32 с.
25. Травматология и ортопедия: руков. для врачей /под ред. Н.В. Корнилова, Э.Г. Грязнухина. – СПб., 2006. – 896 с.
26. Филиппкин, М.А. Ультразвуковая диагностика врожденного вывиха бедра /Филиппкин М.А., Ватолин К.В., Пыков М.И. //Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 1994. – № 3. – С. 90-96.
27. Ценнер, С. Опыт терапии препаратом Траумель С (мазь). Результаты мультицентрического обследования 3422 пациентов /Ценнер С., Метельманн Хорст В. //Биология. Медицина. – 1995. – №1. – С. 19-26.
28. Arora, S. Клиническая безопасность гомеопатического препарата /Arora S., Harris T., Scherer C. //Биология. Терапия. – 2000. – XVIII(2). – С. 222-225.
29. Some specific aspects of low-doses irradiation on membranes, cells and organism /Burlakova E.B., Goloschapov A.N., Zhizhina G.P. et al. //Abstracts of 25th Annual Meeting of the European Society for Radiation Biology. July 1993. Stockholm, Sweden.
30. The diffusion of nimesulide gel synovial fluid: a comparison between administration routes /Erdogan F., Erdun H., Gokay N.S. et al. //Internat. J. Clin. Pharmacol. & Therapeut. – 2006. – V. 44. – P. 270-275.
31. Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs /Moore R.A., Tramer M.R., Carroll D. et al. //BMJ. – 1998. – V. 316. – P. 333-338.





МАСЛОВ А.П., БАЖЕНОВА Л.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В.
*МБЛПУ «Городская Клиническая Больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

СУПРЕССИВНОЕ ВЛИЯНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ИММУНОМОДУЛЯТОРА РОНКОЛЕЙКИНА НА УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ, АУТОАНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ В КРОВИ И СЕРДЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Статья демонстрирует, что иммуномодулятор ронколейкин оказался препаратом с достаточно широким фармакологическим спектром действия, безвредным, с хорошей переносимостью и способностью восстанавливать нарушенные звенья иммунитета. Все эти свойства ронколейкина указывают на перспективность его использования в кардиологической практике для коррекции вторичных иммунодефицитных состояний и при ХСН.

Ключевые слова: сердечная недостаточность; иммуномодулятор.

MASLOV A.P., BAGENOVA L.N., GETMAN Z.V., RYZHKOVA N.V.
Municipal Clinic Health Care Facility «City Hospital № 2», Novokuznetsk

SUPPRESSIVE EFFECTS OF RECOMBINANT IMMUNOMODULATOR RONKOLEIKINA PROINFLAMMATORY CYTOKINES OF THE LEVEL OF AUTOANTIBODIES TO CARDIOLIPIN IN THE BLOOD AND HEART FAILURE

Article demonstrates that the immunomodulator rronkoleikin appeared with a wide spectrum of pharmacological action, harmless with good tolerability and ability to restore the broken links of immunity. All these properties for its use in cardiology practice, for secondary immunodeficiency state and in CHF.

Key words: heart failure; immunomodulator.

Корреспонденцию адресовать:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

МАСЛОВ Александр Петрович, врач-кардиолог, зав. кардиологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГЕТМАН Зоя Васильевна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГУЩИНА Валентина Владимировна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

MASLOV Aleksandr Petrovich, cardiologist, head of the cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia

BAZHENOVA Lyudmila Nikolaevna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GETMAN Zoya Vasilievna, cardiologist, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GUSHCHINA Valentina Vladimirovna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.



Согласно современным представлениям о хронической сердечной недостаточности (ХСН), иммунная активация и системное воспаление являются не только маркерами прогрессирования заболевания и неблагоприятного прогноза, но и независимыми факторами высокого риска развития сердечно-сосудистой патологии. У больных с выраженной ХСН влияние избыточно активированных провоспалительных цитокинов опосредуется их прямым кардиопротективным или цитокардиотоксическим действием, изменением активности нейрогормональных систем, а также модулированием экспрессии эндогенного оксида азота (NO) и ряда других биологически активных факторов, в частности индуцированной цитокинами или бактериальными эндотоксинами синтазы, регулирующей синтез NO [1]. Увеличенная экспрессия в миокарде цитокинов, других медиаторов воспаления и соответствующих им рецепторов на мембранах кардиомиоцитов и лейкоцитов, предполагает доминирующую роль иммунных нарушений в патогенезе ХСН. В связи с этим, использование провоспалительных цитокинов в качестве прогностических маркеров тяжести ХСН представляется перспективным.

В настоящее время исключительно важный для клинической практики вопрос, касающийся эффективности влияния на иммунный статус больных с ХСН различных лекарственных препаратов, окончательно не решен. Следует признать, что неуклонное прогрессирование патологии, со-

храняющийся высокий уровень инвалидизации и смертности свидетельствует о том, что важнейшие патогенетические звенья ХСН слабо контролируются традиционно проводимой терапией.

В настоящей работе изучен рекомбинантный иммуномодулятор нового поколения ронколейкин. Ронколейкин — биотехнологический продукт, генно-инженерный аналог эндогенного цитокина человека — ИЛ-2. Задачей исследования, представленного в данном разделе работы, являлось изучение антиишемической, гемодинамической эффективности, безопасности ронколейкина, его влияние на иммунный статус и регресс симптомов ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Проведено открытое, клинически контролируемое 6-месячное проспективное по оценке исследования влияния ронколейкина на антиишемическую, гемодинамическую эффективность и качество жизни, безопасность, показатели клеточного и гуморального иммунитета, экспрессию цитокинов в крови у 33 мужчин, страдающих ИБС с постинфарктной дисфункцией ЛЖ с левожелудочковой ХСН II-III ФК и сниженной ФВ ЛЖ (табл. 1).

Средний возраст обследованных составил $53,5 \pm 3,2$ года. Пациенты были распределены в 2 группы в зависимости от ФК тяжести ХСН: в 1-ю ($n = 17$) вошли пациенты с ХСН IIФК и ФВ ЛЖ $51 \pm 3,0$ %, во 2-ю ($n = 16$) — с ХСН IIIФК и ФВ ЛЖ $30 \pm 2,7$ %. Причиной ХСН явля-

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных

Показатель	1-я группа, ХСН IIФК ($n = 17$)		2-я группа, ХСН IIIФК ($n = 16$)	
	абс.	%	абс.	%
Возраст, годы ($M \pm m$)	$52,0 \pm 2,9$		$53,7 \pm 3,3$	
Предшествующий Q-ИМ	17	100	16	100
Стенокардия напряжения:				
II ФК	14	82,4	0	0
III ФК	3	17,6	14	87,5
IV ФК	0	0	2	12,5
АГ 2-й степени	6	35,3	5	31,2
Нарушения ритма сердца:				
ЖЭ II-III градации по Lowen	7	41,1	9	56,3
Перенесенное АКШ	4	23,5	2	12,5
Ангиопластика КА	2	11,8	0	0
Курение	9	53,0	6	37,5
Сахарный диабет 2-го типа	2	11,8	1	6,2
Предшествующее лечение:				
ингибиторы АПФ	11	64,7	12	75
нитраты	13	76,5	13	81,3
диуретики	5	29,4	8	50,0
дигоксин	0	0	4	25,0
β -адреноблокаторы	4	23,5	3	18,8

Примечание: ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ФК — функциональный класс; ЖЭ — желудочковая экстрасистолия; АКШ — аортокоронарное шунтирование; КА — коронарные артерии, АГ — артериальная гипертензия.



лась ИБС с перенесенным крупноочаговым ИМ (Q-ИМ) давностью более 6 мес. Во всех случаях ИБС проявлялась стенокардией напряжения II-IVФК.

Ронколейкин назначали больным 1 раз в сутки в дозе 500 МЕ внутривенно капельно в количестве 10 инфузий на курс лечения. В течение 6 мес. проводили 2 курса лечения (1 курс в 3 мес).

Клиническую эффективность, состояние иммунного статуса и безопасность назначения ронколейкина оценивали на фоне использования базовой традиционной антиишемической и гемодинамической терапии. Учитывали самочувствие пациентов, исходный уровень и динамику толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии и теста с 6-минутной ходьбой. Наблюдение пациентов в процессе лечения ронколейкином продолжали 6 мес. Исходно и через 6 мес. наблюдения проводили клинко-функциональное и лабораторное обследование, включавшее суточное мониторирование электрокардиограммы (по показаниям), велоэргометрию, тест с 6-минутной ходьбой, биохимические анализы крови (липидный состав, аспартат- и аланин-аминотрансферазы крови, креатинин и глюкоза крови), эхокардиографическую оценку внутрисердечной гемодинамики. Иммунологическое исследование включало определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови (CD3+, CD3+/CD4+, CD3+/CD8+, CD3-/CD16/56+, CD19/CD20) методом проточной цитофлуориметрии с использованием моно-клональных антител с двойной меткой. Иммуноглобулины сыворотки крови определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) осуществляли стандартным методом преципитации с 4,17 % полиэтиленгликолем (по В.В. Меньшикову, 1987).

Каждый больной давал письменное информированное согласие на участие в исследовании. На протяжении исследования пациенты вели дневники наблюдения, в которых ежедневно фиксировали сведения о самочувствии, толерантности к физической нагрузке, самостоятельно измеренном артериальном давлении и частоте сердечных сокращений. При клинической оценке критериями хорошего антиишемического и гемодинамического эффектов ронколейкина считали уменьшение частоты и тяжести эпизодов стенокардии напряжения и суточной потребности в нитроглицерине, а также повышение толерантности к физической нагрузке на 30-40 % и более, удовлетворительным — на 20-30 %, неудовлетворительным — менее чем на 20 % по сравнению с исходными данными. Переносимость ронколейкина оценивали по следующим градациям: отличная — в отсутствие местных и общих эффектов в течение

всего 6-месячного наблюдения; хорошая — при наличии преходящих побочных эффектов, при которых не требовалась отмена препарата; неудовлетворительная — при наличии побочных эффектов, при которых потребовалась отмена препарата.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью прикладных программ Excel и Statistica. Данные анализировали с использованием парного критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

По результатам исследования установлено, что у всех пациентов отмечена хорошая переносимость ронколейкина. В таблице 2 представлены изменения основных показателей системной и внутрисердечной гемодинамики в процессе 6-месячного проспективного наблюдения. Систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений в 1-й, более легкой в функциональном отношении группе — в процессе наблюдения сохранялись фактически в норме. Под влиянием ронколейкина произошел достоверный ($p < 0,05$) регресс патологического ремоделирования ЛЖ. Так, отмечена тенденция к уменьшению на 5,2 % конечного диастолического размера (КДР) в 1-й группе, а во 2-й группе к концу 6-го месяца этот показатель достоверно ($p < 0,05$) уменьшился на 13,2 %. Конечный систолический размер (КСР) ЛЖ в 1-й группе уменьшился на 20,8 % ($p < 0,01$), во 2-й — на 13,2 % ($p < 0,05$). ФВ ЛЖ в 1-й группе возросла на 6 % (с $50 \pm 3,0$ % до 53 ± 3 %), во 2-й — на 7,9 % (с $38 \pm 5,0$ % до $41 \pm 3,0$ %; $p < 0,05$). Масса миокарда (ММ) ЛЖ, отражающая компенсаторную гипертрофию сердца, оказалась увеличенной ($p < 0,05$) как в 1-й, так и во 2-й группе. Под влиянием ронколейкина произошло уменьшение ММ ЛЖ на 13,9 % и 9,1 %, соответственно.

Представленные в таблице 2 данные свидетельствуют о важной роли состояния иммунной системы в патогенезе ХСН у больных ИБС с постинфарктной дисфункцией сердца. Установленные изменения субпопуляционного состава Т-лимфоцитов у больных ХСН, сочетавшихся с гиперактивацией гуморального звена иммунитета, в частности с гипериммуноглобулинемией А и G, увеличением содержания в крови ЦИК и аутоАТ к КЛ на фоне сниженных почти в 2 раза значений иммуnoreгуляторного индекса как в 1-й группе, так и особенно во 2-й, свидетельствуют о наличии вторичного иммунодефицита. Развитие этого синдрома у больных с постинфарктной дисфункцией миокарда с выраженной ХСН создает предпосылки для аутоиммунизации организма. При этом увеличение ФК ХСН в свою очередь усугубляет Т-клеточный иммунодефицит, который в конечном итоге обуславливает торпидность либо необратимость аутоиммунной агрессии и, следовательно, низкую эффективность традици-

Таблица 2

Влияние ронколейкина на показатели гемодинамики и физическую толерантность (АД, мм рт. ст.; $M \pm m$) по данным 6-месячного наблюдения больных ИБС

Показатель	Контроль (n = 20)	1-я группа, ХСН II ФК (n = 17)			2-я группа, ХСН III ФК (n = 16)		
		исходно	через 6 мес	$\Delta\%$	исходно	через 6 мес	$\Delta\%$
Систолическое	120 $\pm$ 3,0	125 $\pm$ 9,0	115 $\pm$ 5,0	-8,0	115 $\pm$ 10,0	113 $\pm$ 7,0	-1,7
Диастолическое	80 $\pm$ 3,1	83 $\pm$ 3,7	68 $\pm$ 3,7	-18,1	70 $\pm$ 3,5	67 $\pm$ 5,0	-4,3
ЧСС, уд/мин	63 $\pm$ 2,7	76 $\pm$ 5,0	66 $\pm$ 3,0	-13,2	78 $\pm$ 4,1	69 $\pm$ 5,0	-1,2
КДРЛЖ, см	4,9 $\pm$ 0,2	5,8 $\pm$ 0,5	5,5 $\pm$ 0,3	-5,2	6,8 $\pm$ 0,4**	5,9 $\pm$ 0,3#	-13,2
КСРЛЖ, см	3,3 $\pm$ 0,2	4,8 $\pm$ 0,5*	3,8 $\pm$ 0,3	-20,8	5,5 $\pm$ 0,2**	5,1 $\pm$ 0,2#	-7,3
КДОЛЖ, мл	118 $\pm$ 1,0	126 $\pm$ 3,0	12,3 $\pm$ 5,0	-2,4	133 $\pm$ 3,0*	129 $\pm$ 2,7	-3,0
КСОЛЖ, мл	42 $\pm$ 3,7	50 $\pm$ 5,0*	48 $\pm$ 5,0	-4,0	76 $\pm$ 6,0***	69 $\pm$ 5,0	-9,2
УО, мл	75 $\pm$ 7,3	60 $\pm$ 3,5*	65 $\pm$ 3,0	-8,3	49 $\pm$ 3,5**	51 $\pm$ 3,0	4,1
ФВЛЖ, %	64 $\pm$ 5,4	50 $\pm$ 3,0*	53 $\pm$ 3,0	6,0	38 $\pm$ 5,0**	41 $\pm$ 3,0#	7,9
ММЛЖ, г	279 $\pm$ 36,0	360 $\pm$ 11,0*	310 $\pm$ 7,0#	-13,9	385 $\pm$ 10,0**	350 $\pm$ 7,0#	-9,1
L, м	500 $\pm$ 10,0	310 $\pm$ 21,0**	388 $\pm$ 11,0##	25,2	260 $\pm$ 15,0**	310 $\pm$ 11,0##	19,2

Примечание: ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ФК – функциональный класс; АД – артериальное давление; ЧСС – частота сердечных сокращений; ЛЖ – левый желудочек; КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; КДО – конечный диастолический объем; КСО – конечный систолический объем; УО – ударный объем; ФВ – фракция выброса; ММ – масса миокарда; L – расстояние, проходимое при выполнении теста с 6-минутной ходьбой; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – при сравнении с контролем; # $p < 0,05$; ## $p < 0,01$; ### $p < 0,001$ – при сравнении с исходными данными.

онной медикаментозной терапии и неблагоприятный отдаленный прогноз. Действительно, у больных 1-й группы титр ЦИК превышал ($p < 0,01$) норму на 69 %, а уровень аутоАТ к КЛ достигал $12 \pm 4,8$ МЕ/л (в отсутствие таковых в крови у здоровых лиц), которые во 2-й группе, с увеличением тяжести ХСН до III ФК и явным снижением насосной функции ЛЖ (ФВ 38 ± 5 %), высоко достоверно увеличивались: уровень ЦИК ($69 \pm 8,2$ усл. ед.) почти в 2 раза по сравнению с нормой, а уровень аутоАТ к КЛ – до $18 \pm 2,2$ МЕ/мл и ассоциировались с депрессией инотропной функции сердца и низкой толерантностью к физической нагрузке.

Результаты исследования подтверждают также важное патогенетическое значение провоспалительных цитокинов (ИЛ-1а, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-а) в развитии постинфарктного ремоделирования ЛЖ. При этом повышенная экспрессия ФНО-а, ИЛ-2 и ИЛ-1а как в 1-й группе ($p < 0,01$), так и особенно во 2-й ($p < 0,001$), ассоциировалась с тяжестью ХСН, сниженной сократительной способностью сердца, ремоделированием ЛЖ с увеличением ММ, которые

являются неблагоприятными независимыми факторами прогноза ХСН. Этому сопутствовало выраженное снижение толерантности к физической нагрузке.

Роль коррекции ХСН с использованием ронколейкина, способного эффективно корректировать нарушения иммунной системы, предотвращая (либо существенно снижая) активацию ангиотензина II и цитокиновую агрессию у больных ИБС с постинфарктной дисфункцией сердца, еще предстоит доказать в контролируемых исследованиях. Влияние ронколейкина на экспрессию ИФ-а у пациентов обеих групп оказалось несущественным.

Суммируя представленные данные, следует подчеркнуть, что иммуномодулятор ронколейкин оказался препаратом с достаточно широким фармакологическим спектром действия, безвредным, с хорошей переносимостью и способностью восстанавливать нарушенные звенья иммунитета. Все эти свойства ронколейкина указывают на перспективность его использования в кардиологической практике для коррекции вторичных иммунодефицитных состояний и при ХСН.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тепляков, А.Т. Хроническая сердечная недостаточность. Цитокиновая экспрессия, иммунная активация и защита органов-мишеней /Тепляков А.Т. – Томск, 2012. – 294 с.



МАСЛОВ А.П., БАЖЕНОВА Л.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В.
МБЛПУ «Городская Клиническая Больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОВ И УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ 6-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ (СИМВАСТАТИН, АТОРВАСТАТИН, РОЗУВАСТАТИН)

Гомоцистеин – важный фактор риска ИБС, как и гиперхолестеринемия. Статины влияют на уровень холестерина вне зависимости от уровня гомоцистеина, положительный эффект статинов очевиден.

Ключевые слова: атеросклероз; плазма крови; статины; гиполипидемическая терапия.

MASLOV A.P., BAGENOVA L.N., GETMAN Z.V., RYZHKOVA N.V.
Municipal clinic Health Care Facility «City Hospital № 2», Novokuznetsk

DYNAMICS OF LIPID PARAMETERS AND THE LEVELS OF PLASMA HOMOCYSTEINE IN PATIENTS ON IBS V'FONE THE 6-MONTH STATIN THERAPY (SIMVASTATIN, ATORVASTATIN, ROZUVASTATIN)

Homocysteine – is important cardiovascular risk factors like high cholesterol. Statins affect cholesterol levels irrespective effect of statins is obvious.

Key words: atherosclerosis; blood plasma; statins; lipid-lowering therapy.

Корреспонденцию адресовать:

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

МАСЛОВ Александр Петрович, врач-кардиолог, зав. кардиологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

БАЖЕНОВА Людмила Николаевна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГЕТМАН Зоя Васильевна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ГУЩИНА Валентина Владимировна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

MASLOV Aleksandr Petrovich, cardiologist, head of the cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia

BAZHENOVA Lyudmila Nikolaevna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GETMAN Zoya Vasilievna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

GUSHCHINA Valentina Vladimirovna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

ИБС и другие заболевания, обусловленный атеросклерозом, остаются в России основной причиной смертности взрослого населения. Несмотря на признание атеросклероза полиэтиологическим заболеванием, ведущая роль в развитии этого грозного и коварного заболева-

ния принадлежит нарушениям липидного обмена. Коварность атеросклероза заключается в том, что «холестерин не болит» и пациенты очень долго могут не знать о его повышении, пока не появятся клинические признаки ИБС или церебрально-го атеросклероза [1, 2].

По оценкам ВОЗ, ежегодно от сердечно – сосудистых заболеваний умирают более 17 млн. человек, из них от ИБС – более 7 млн. Снижение смертности от ИБС в большинстве стран Европы и США связывают с устранением факторов риска или причин заболевания и, прежде всего адекватной коррекцией нарушения липидного обмена [3-5].

Государственные программы по профилактике атеросклероза способствовали уменьшению заболеваемости и смертности от ИБС на 30-50 % в большинстве стран Европы и Америки.

Гиполипидемическая терапия включает в себя:

- соблюдение гипохолестериновой диеты;
- увеличение двигательной активности;
- отказа от вредных привычек;
- нормализация артериального давления;
- терапии статинами и фибратами, в зависимости от типа дислипидемии.

В таблице 1 представлены статины (ингибиторы ГМК – КоА-редуктазы), используемые в клинической практике.

Статины обладают липидоснижающими и плейтронными свойствами.

Липидоснижающие эффекты статинов: снижение ОХС на 20-50%, снижение ХС ЛПНП на 25-60 %, снижение уровня ТГЛ на 8-15 %, повышение ХС ЛПВП на 7-12 %.

Плейтронные эффекты статинов: улучшается функция эндотелия; снижаются маркеры воспаления (СРБ, фибриноген и др.); уменьшается агрегация тромбоцитов; снижается уровень перекисного окисления липидов и др.

Ожидаемая польза от гиполипидемической терапии: снижение ХС ЛПНП на 1 % вызывает 1 % снижение коронарных событий; повышение ХС ЛПВП на 1 % вызывает 3 % снижение коронарных событий у женщин и 2 % у мужчин; снижение ТГЛ на 1 % вызывает 2 % снижение коронарных событий у больных с метаболическим синдромом.

Нужно помнить, что предотвращение коронарных событий путем стабилизации атеросклеротической бляшки, возможно только при достижении целевых уровней холестерина. В таблице 2 представлены целевые уровни показателей липидограммы.

Аторвастатин – один из современных и наиболее эффективных представителей класса полностью синтетических ингибиторов ГМК – КоА редуктазы. Он является единственным среди статинов, который показал высокую эффективность в крайне широком диапазоне дозировок от 5 до 80 мг в сутки. При этом следует особенно отметить хорошую переносимость аторвастатина как при применении стандартных дозировок, так и высоких (до 80 мг/сут.). Результаты клинических испытаний аторвастатина показывают, что при его применении в суточной дозе 10-80 мг

уровень общего холестерина снижается в среднем на 46 %, а холестерин ЛПНП на 55 % (по данным некоторых исследований – до 61 %). Аторвастатин обеспечивает также эффективное снижение уровня триглицеридов на 23-45 %. Аторвастатин занимает заслуженное место в лечении выраженных нарушений липидного обмена. Однако высокая стоимость, необходимость применения статинов в повышенных дозах при выраженных нарушениях липидного обмена и необходимость достижения низких целевых уровней ХС, рекомендуемых ВНОК, не препараты. С целью снижения стоимости терапии в настоящее время большое внимание уделяется генерикам – лекарственным средствам, выпускаемым фармацевтическими компаниями под своими торговыми названиями после окончания срока действия патента на оригинальный препарат. Широкое использование высококачественных поддерживается Всемирной Организацией Здравоохранения в рамках программы «Основные лекарственные средства». Стоимость генерических препаратов значительно ниже по сравнению с оригинальными препаратами, что существенно сокращает расходы на лечение.

В зависимости от уровня ГМЦ плазмы крови, больные разделены на 2 группы (табл. 3): 1 группа – больные с ИБС (n = 52), ГМЦ < 15 мкмоль/л; 2 группа – больные с ИБС (n = 57), ГМЦ > 15 мкмоль/л.

В первой группе средний возраст составил $57 \pm 3,8$ лет, во второй $56 \pm 3,2$ лет. Соотношение

Таблица 1
Статины в лечении атеросклероза

Лекарственное средство	Суточная доза, мг
Ловастатин (мевакор)	20-80
Симвастатин (зокор)	10-80
Провастатин (липостат)	10-40
Флувастатин (лескол)	20-80
Аторвастатин (липримар)	10-80
Розувастатин (крестор)	5-40

Таблица 2
Оптимальные значения липидных параметров

Липидные параметры	Показатели, моль/л
Общий ХС	Менее 5,0 Менее 4,5 у больных ИБС
ХС ЛПНП	Менее 3,0 Менее 2,5 у больных ИБС
ТГЛ	Менее 1,77
ХС ЛПВП	Более 1,0 – у мужчин Более 1,2 – у женщин



Таблица 3

Показатели внутрисердечной гемодинамики в зависимости от уровня ГМЦ плазмы ($M \pm m$)				
Показатели	1-я группа		Р	3-я группа
	ГМЦ < 15,0 мкмоль/л	ГМЦ > 15,0 мкмоль/л		ГМЦ < 15 мкмоль, здоровые
ФВ, %	526 ± 2,4	49,8 ± 2,0	< 0,02	53,9 ± 3,0
КСР, мм	42,5 ± 1,7	43,9 ± 1,5	< 0,004	41,3 ± 2,3
КДР, мм	52,6 ± 1,5	53,8 ± 1,6	< 0,003	53,7 ± 1,6
КДО, мл	134,7 ± 9,2	135,2 ± 1,2	< 0,01	134,1 ± 8,0
КСО, мл	82,7 ± 9,8	81,7 ± 2,1	< 0,003	82,6 ± 7,3
ЗСЛЖ, мм	10,7 ± 0,3	11,0 ± 1,1	< 0,01	10,8 ± 0,8
ЛП, мм	44,6 ± 1,2	45,2 ± 1,3	< 0,001	44,5 ± 1,3
МЖП, мм	11,6 ± 0,6	12,2 ± 0,9	< 0,002	10,8 ± 0,7
ИММЛЖ, г/м ²	142,8 ± 6,5	147,7 ± 0,8	< 0,003	140,8 ± 3,6

Примечание: ФВ – фракции выброса; КСО – конечный систолический объем; ЗСЛЖ – задняя стенка левого желудочка; ЛП – левое предсердие; МЖП – межжелудочковая перегородка.

мужчин/женщин в первой группе: 49/13; во второй – 57/10. в обеих группах преобладает соотношение в пользу мужчин. По нозологическим формам: в 1-й группе стенокардий I фк – 6 (11,5 %), II фк – 33 (63,4 %), III фк – 13 (25 %); во 2-й группе стенокардий I фк – 5 (8,7 %), II фк – 39 (68,4 %), III фк – 18 (31,5 %). У больных с ГМЦ > 15 мкмоль/л преобладает стенокардия II-III фк, более тяжелая коронарная недостаточность. В обеих группах ИБС сочеталась с гипертонической болезнью. В группе с уровнем ГМЦ < 15 мкмоль/л ХСН (по NYHA) II фк – 42 (80,7 %), III фк – 10 (19,2 %); в группе с ГМЦ > 15 мкмоль/л II фк – 31 (54,3 %), III фк – 26 (45,6 %). В группе с повышенным уровнем ГМЦ плазмы крови более тяжелая ХСН. В обеих группах у больных в анамнезе перенесен инфаркт миокарда. Сахарный диабет, инсулин-независимый (ИНСД) чаще встречается в группе больных с повышенным уровнем ГМЦ плазмы крови (> 15 мкмоль/л): в 1-й группе 12 (23 %), во 2-й группе 28 (49,1 %). Фактор риска курение встречается в равной мере в обеих группах. В группе больных с повышенным уровнем ГМЦ чаще встречается дислипидемия. Общий холестерин несколько выше 5,2 ± 0,1 (р < 0,5) против 4,7 ± 1,2 у больных с ГМЦ < 15 мкмоль/л, выше ХСЛПНП: 3,27 ± 0,02 (р < 0,01), ниже ХСЛПВП: 12 ± 0,03 (р < 0,002) и, наоборот, в группе больных с ГМЦ < 15 мкмоль/л уровень ХСЛПНП ниже и составляет 2,46 ± 0,09 (р < 0,09), а уровень ХСЛПВП выше и составляет 0,98 ± 0,06 (р < 0,002). В результате индекс атерогенности выше в группе с ГМЦ > 15 мкмоль/л: 4,71 ± 0,6 (р < 0,002), а в группе больных с ГМЦ < 15 мкмоль/л индекс атерогенности составил 3,68 ± 0,09 (р < 0,001). Перенесенное аортокоронарное шунтирование (АКШ) в первой группе 3 случая, во второй группе 5 случаев за 2 года, перенесенная трансбаллонная ангиопласти-

ка в первой группе 12 (23 %), во второй группе 14 (24,5 %). Перенесенный инсульт в первой группе – 1 случай, во второй группе – 2 случая. Абдоминальное ожирение в первой группе 11, во второй группе 9 случаев. В обеих группах в равной степени применялись β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, АРА, дезагреганты, статины, диуретики.

При сравнении гемодинамики показателей в группе больных с ГМЦ > 15 мкмоль/л отмечается меньшая фракция выброса 49,8 ± 2,0 против 52,6 ± 2,4 у больных с ГМЦ < 15 мкмоль/л. Диастолический объем левого желудочка больше у больных с ГМЦ > 15 мкмоль/л. Это проявляется более тяжелой ХСН. Толщина ЗСЛЖ, МЖП, ИММЛЖ больше у больных с ГМЦ > 15 мкмоль/л второй группы, что связано с более тяжелой ХИБС, частотой гипертонической болезни (табл. 3).

В таблице 4 приведена динамика показателей липидов и уровня больных ИБС на фоне 6-месячной терапии статинами. В зависимости от уровня ГМЦ пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа (n = 52) ГМЦ < 15 мкмоль/л и 2-я группа (n = 57) ГМЦ > 15 мкмоль/л. Пациенты обеих групп получали статины из различных групп (симвастатин, аторвастатин, розувастатин), в единичных случаях комбинацию аторвастатин + симвастатин. Осложнений побочных действий статинов не отмечено. Статины добавлялись к подобранной комбинированной терапии: β-блокаторы, ингибиторы АПФ, дезагреганты (чаще аспирин, реже плавикс) в терапевтических дозах. Дозы статинов: симвастатин (зокор), аторвастатин (аторис) в суточной дозе 40 мг, реже 60 мг. Розувастатин, чаще в суточной дозе 10 мг, реже 20 мг, однократно в дозе 40 мг/сут при генерализованном атеросклерозе (коронарных, периферических артерий). В обеих группах после 6-месячной терапии статинами получено снижение

Таблица 4

Динамика показателей липидов и уровня больных ИБС на фоне 6-месячной терапии статинами (симвастатина, аторвастатина и розувастатина) ($M \pm m$)

Показатель	1 группа (n = 52)		Δ%	Р	2 группа (n = 57)		Δ%	Р
	ГМЦ < 15,0				ГМЦ > 15,0			
	исход	ч/з 6 мес			исход	ч/з 6 мес		
Общ. ХС, ммоль/л	4,7 ± 1,2	4,35 ± 0,2	12,8	0,002	5,2 ± 0,1	4,95 ± 0,3	4,8	0,001
Триглицериды, ммоль/л	1,59 ± 0,06	1,28 ± 0,2	19,4	0,5	1,56 ± 0,59	1,31 ± 0,12	4,8	0,02
ХСЛПНП, ммоль/л	2,46 ± 0,09	2,0 ± 0,28	18,6	0,01	3,27 ± 0,012	2,88 ± 0,4	11,9	0,01
ХСЛПВП, ммоль/л	0,98 ± 0,2	1,0 ± 0,3	2,04	0,02	1,0 ± 0,3	1,0 ± 0,14	0	0,02
И.А., усл.ед	3,68 ± 0,09	3,0 ± 0,15	18,4	0,002	4,41 ± 0,6	4,1 ± 0,23	1,0	0,003
СРБ микрореакции	16,2 ± 1,3	15,9 ± 0,33	1,85	0,003	21,1 ± 0,09	19,9 ± 0,13	5,68	0,001
ГМЦ	11,8 ± 0,18	11,85 ± 0,18	0,42	0,03	16,1 ± 0,02	16,0 ± 0,14		0,04
Спонтанная агрегация тромбоцитов	1,26 ± 0,36	1,1 ± 0,23	12,6	0,003	1,4 ± 0,05	1,1 ± 0,05	21,4	0,004

общего холестерина (ОХС) в первой группе $\Delta\%$ 12,8, во второй группе $\Delta\%$ 4,8. Уровень триглицеридов также снизился в обеих группах: в 1-й группе $\Delta\%$ 19,4, во 2-й группе $\Delta\%$ 4,8. Холестерин ЛПНП снизился в 1-й группе $\Delta\%$ 18,6, во 2-й группе $\Delta\%$ 11,8. ХСЛПВП не изменился. Индекс атерогенности в 1-й группе снизился $\Delta\%$ 18,4, во 2-й группе с ГМЦ > 15 ммоль/л снизился $M\%$ 7,0. Уменьшился уровень показателей СРБ микрореакции в 1-й группе $\Delta\%$ 1,85, во 2-й группе с ГМЦ > 15 ммоль/л $\Delta\%$ 5,68. Уменьшилась спонтанная агрегация тромбоцитов в 1-й группе $\Delta\%$ 12,6, во 2-й группе $\Delta\%$ 21,4. Это говорит о плейотропном воздействии статинов.

В зависимости от уровня липидов крови, пациенты разделены на две группы: группа № 1, n = 49, с уровнем липидов в норме (ОХС < 5,2 ммоль/л, ХСЛНП < 3,0, И.А. < 4 ед.), и группа № 2, n = 55, с уровнем липидов крови выше нормы. Обе группы пациентов мало разли-

чались по полу и возрасту. В группе № 2 отмечается больше курящих — 76,3 % против 63,2 % в группе № 1, т.к. курение один из важных факторов риска ИБС. В группе с повышенным уровнем липидов крови чаще стенокардия II фк — 27,2 %, в первой группе — 14,2 %; в группе с повышенным уровнем чаще перенесенный инфаркт миокарда — 32,7 %, против 14,2 % в группе с нормальным уровнем липидов крови, это подтверждает — гиперлипидемия является одним из факторов риска ИБС.

ВЫВОДЫ:

1. Гипергомоцистенемия является отдельным фактором риска ИБС.
2. Гипергомоцистенемия усугубляет клиническое течение ИБС.
3. Статины оказывают положительный эффект в обеих группах больных, независимо от уровня гомотеинемии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике // Кардиология, 1999. № 2. С. 4-10.
2. Giltay EJ, Hoogeveen EK, Elbers JM, Gooren LJ, Asscheman H and Stehouwer CD (1998) Effects of sex steroids on plasma total homocysteine levels: a study in transsexual males and females. J Clin Endocrinol Metab. 83: 550-553.
3. Баранова Е.И., Большакова О.О. Клиническое значение гомотеинемии (обзор литературы) // Артериальная гипертензия. 2004. №10. с. 12-15.
4. Лысенко М.Э. Коррекция гипергомотеинемии у больных ИБС // Украинский терапевтический журнал. 2004. №1. С. 69-73.
5. Grubben MJ, Boers GH, Blom HJ, Broekhuizen R, de Jong R, van Rijt J, de Ruijter E, Swinkels DW, Nagengast FM and Katan MB (2000) Unfiltered coffee increases plasma homocysteine concentrations in healthy volunteers: a randomized trial. Am J Clin Nutr. 71: 480-484.



МАСЛОВ А.П., БАЖЕНОВА Л.Н., ГЕТМАН З.В., РЫЖКОВА Н.В.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕЙОТРОПНОГО ЭФФЕКТА АТОРВАСТАТИНА ПО ВЛИЯНИЮ НА УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Гипергомоцистеинемия – важный фактор атеротромбоза, является так же фактором риска ИБС. В статье показан положительный эффект аторвастатина не только на показатели липидного спектра, но и на уровень гомоцистеина, и, как следствие, благоприятное течение ИБС.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; плеiotропный эффект; статины.

MASLOV A.P., BAGENOVA L.N., GETMAN Z.V., RYZHKOVA N.V.
Municipal clinic Health Care Facility «City Hospital № 2», Novokuznetsk

RESEARCHES PLEIOTROPIC EFFECTS ATORVASTATIN TO INFLUENCE THE LEVEL OF HOMOCYSTEINEMIA IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Hyperhomocysteinemia is an important factories for atherothrombotic events in the same cardiovascular risk factors CHD. The article shows the positive effect not only on atorvastatin lipid performance spectrum, but also on the level of homocysteine and as a result favorable for IBS.

Key words: myocardial infarction; pleiotropic effects; statins.

Корреспонденцию адресовать:

РЫЖКОВА Наталья Владимировна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

МАСЛОВ Александр Петрович, врач-кардиолог, зав. кардиологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
БАЖЕНОВА Людмила Николаевна, врач высшей категории, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ГЕТМАН Зоя Васильевна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
РЫЖКОВА Наталья Владимировна, врач-кардиолог, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

MASLOV Aleksandr Petrovich, cardiologist, head of the cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia
BAZHENOVA Lyudmila Nikolaevna, doctor of higher category, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
GETMAN Zoya Vasilievna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
RYZHKOVA Nataliya Vladimirovna, cardiologist, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Феномен плеiotропии (обладание дополнительными положительными лечебными свойствами) свойственен многим лекарственным препаратам. Наиболее яркими и

хорошо известными из них являются, например, антиаритмические эффекты хинидина (противомалярийного средства) и дифенина (противосудорожного средства) или дезагрегационные

свойства аспирина — классического противовоспалительного средства [1, 3].

В последние годы у статинов эффективно, кор-регирующих гиперхолестеринемию, обнаружен ряд новых терапевтических эффектов (например, антитромботических, антиинфарктных, противо-инсультных) лекарственных средств, в связи с этим можно утверждать, что в ближайшем буду-щем показания к применению расширятся. Воз-можно использовать статины для профилактики факторов риска у человека, никак не связанных с дис- и гиперлипидемиями и, в частности, для коррекции гипергомоцистеинемии [2-4].

В таблице 1 представлены изученные плей-отропные эффекты статинов, основные пути раз-вития и сроки их наступления [5, 6].

Задачей исследования являлось изучение вли-яния аторвастатина на уровень гомоцистеина в плазме крови, в качестве нового неизученного плейотропного эффекта симвастатина.

В соответствии с протоколом исследования обследованы 104 пациента с ИБС, перенесших Q-инфаркт миокарда (преобладали мужчины — 89,4 %) в возрасте 44-66 лет (средний возраст — $52,5 \pm 3,0$ лет) с клиническими проявлениями стенокардии напряжения II-III ФК (по критериям Канадской ассоциации кардиологов), в боль-шинстве (90 %) отягощенных ХСН II-III ФК (по

НУНА). У 96 (92,3 %) пациентов ИБС сопу-товала АГ II-III ст., метаболический синдром, включая сахарный диабет типа 2 легкой и средней степени тяжести — у 31 (29,8 %). Мозговые ин-сульты в анамнезе регистрировались у 3 (2,9 %). По данным суточного мониторирования ЭКГ у 19 (18,3 %) пациентов выявлялись желудочные эктопии II-III градации по Lown. Курильщиками являлись 53 (51 %). АКСН перенесли в прошлом, регистрировалось 4 (3,8 %) пациентов, коронар-ную ангиопластику — 8 (7,7 %).

В зависимости от уровня гомоцистеинемии больные рандомизированы в 2 группы: в 1-ю (n = 49) вошли обследованные с нормальными показателями гомоцистеина — $11,8 \pm 0,2$ мк-моль/л; во 2-ю (n = 55) — пациенты с гиперго-моцистеинемией в пределах $16,1 \pm 0,2$ мкмоль/л.

Все пациенты, включенные в протокол иссле-дования, дали информированное письменное со-гласие на участие в проспективном наблюдении.

Протокол исследования предусматривал про-ведение клинического обследования 7-14 дней контрольного периода, в течение которого под-биралась оптимальная медикаментозная терапия. ИБС верифицировалось на основании «Реко-мендаций ВНОК РФ» 2009 г. С типичной кли-нической симптоматикой ИБС, аналитических данных, динамических проявлений коронарной и

Таблица 1
Плейотропные эффекты статинов

Эффект	Механизм	
	липидный	нелипидный
I.	Влияние на эндотелий:	
сохранение (восстановление) барьерной функции	-	+
сосудорасширяющий эффект (усиление экспрессии NO-синтазы=>увеличение выработки NO=>вазодилатация)	+	+
стабилизация нестабильных атеросклеротических бляшек	+	+
подавление выработки эндотелинов	-	+
Антиишемический и антитромботический эффект	+	+
II.	Влияние на атерогенез:	
антиоксидантное, противовоспалительное и антипролиферативное действие	-	+
предотвращение разрушения покрышки «уязвимой» бляшки	+	+
стабилизация нестабильных атеросклеротических бляшек	+	+
III.	Другие кардиальные эффекты:	
улучшение сократительной функции миокарда	-	+
ограничение размера некроза миокарда	-	+
регресс ГЛЖ	-	+
предупреждение атеросклероза и кальциноза аортального кольца и митрального клапана	+	+
IV.	Влияние на другие органы и системы:	
предотвращение развития сахарного диабета (СД) 2-го типа у лиц с факторами риска	+	+
улучшение прогноза у больных СД обоих типов	+	+
снижение риска развития инсульта и смерти от ОНМК	?	+
снижение риска развития болезни Альцгеймера и сосудистых деменций	-	+
снижение риска развития рака молочной железы	-	+
снижение насыщения желчи холестерином, растворение холестериновых камней	+	+
положительное плейотропное действие на почки	-	+



СН, изменений ЭКГ, ЭХОКГ – признаков локальной гипокинезии, либо асинергии ЛЖ, результатов функциональных нагрузочных тестов биохимических исследований липидного спектра крови и коагуляционно-тромбоцитарного гемостаза; при необходимости использовались результаты диагностической селективной коронароангиографии.

Данные по клинической и демографической характеристике обследованных больных в зависимости от уровня гомоцистеинемии представлены в таблице 2.

Из данных, приведенных в таблице 2, следует, что больные с ИБС с повышенным уровнем гомоцистеина плазмы крови во 2-й группе ($n = 55$) отличалась более тяжелым клиническим течением ИБС, по сравнению с 1-й группой с ГМЦ $< 15,0$ мкмоль/л. Так, во 2-й группе с ГМЦ $> 15,0$ мкмоль/л чаще (на 13 %) регистрировался перенесенный Q-ИМ, аортокоронарное шунтирование и эндоваскулярная реваскуляризация посредством стентирования. В этой группе также чаще диагностировались АГ 2-3 степени у 53 % (96,4 %), по сравнению с 1-й группой – 43 (87,8 %), а также выявлялась большая частота тяжелого ФК ХСН (по NYHA) – 15 (27,2 %) против 10 (24 %) случаев в 1-й группе.

Таким образом, полученные данные, приведенные в таблице 2, свидетельствуют о том,

что уровень ГМЦ отражает в определенной мере тяжесть метаболических и функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы и, следовательно, может являться маркером негативных патофизиологических процессов, определяя уровень снижения качества жизни и выживаемость на этапах реабилитации больных, перенесших ИМ. Данные могут быть использованы в качестве дополнительного независимого диагностического и прогностического маркера развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Оценка курсовой профилактической терапии аторвастатином в дозе 40 мг/сут проводилась в процессе 6-месячного проспективного наблюдения.

В таблице 3 представлены исходные данные липидного спектра, уровень СРБ и выраженность спонтанной агрегации тромбоцитов в двух группах с учетом содержания ГМЦ: в 1-й группе ($n = 52$) при его уровне $11,8 \pm 0,2$ мкмоль/л, во 2-й ($n = 57$) – при гипергомоцистеинемии $> 16,1 \pm 0,1$ мкмоль/л. Все указанные показатели анализировались исходно и через 6 мес. проспективного наблюдения на фоне суточной дозы аторвастатина 40–60 мг. Осложнений либо побочных эффектов аторвастатина не было отмечено.

Сравнительный анализ случаев смерти, нефатальных ИМ (включая Q-ИМ), нестабильной

Таблица 2
Клиническая и демографическая характеристика больных ИБС в зависимости от уровня гомоцистеина плазмы крови, включенных в 6-месячную курсовую терапию

Показатель абс.	1-я группа – ГМЦ = N (n = 49)		2-я группа – ГМЦ > 15мкмоль/л (n = 55)	
	%	абс.	%	
Возраст, годы ($M \pm m$)	$51,9 \pm 2,7$		$53,3 \pm 3,1$	
Пол: М/Ж	41/8		52/3	
Стенокардия	II ФК	11	5	9,0
напряжения:	III ФК	38	50	90,9
АГ, 2-3 -я степени		43	53	96,4
ХСН (по NYHA):	II ФК	39	36	73,5
	III ФК	10	15	27,2
Предшествующий Q-ИМ		24	34	61,9
ЖЭС II-III град, по Lowp		9	10	18,2
Метаболический синдром		16	15	27,2
Курение		28	25	45,5
Перенесенная ТБКА		2	6	11,0
Перенесенное АКШ		1	3	5,5
Перенесенный МИ		2	1	1,8
Предшествующее медикаментозное лечение				
β-адреноблокаторы		46	54	98,2
Ингибиторы АПФ		48	55	100
Аспирин		48	54	98,2
Диуретики		34	42	76,3
Нитраты		45	54	98,2
Статины		19	21	38,2
БРА		24	30	54,5

Таблица 3

Динамика показателей уровня гомоцистеина и липидного спектра крови в процессе 6-месячной курсовой профилактической терапии аторвастатином (в дозе 40 мг/сут.) у больных ИБС, перенесших ИМ ($M \pm m$)

Показатели	1 группа (n = 52) ГМЦ < 15,0		$\Delta\%$	p	2 группа (n = 57) ГМЦ > 15,0		$\Delta\%$	p
	исход	через 6 мес.			исход	через 6 мес.		
Общ. ХС, ммоль/л	4,7 ± 1,2	4,35 ± 0,2	12,8	0,002	5,2 ± 0,1	4,95 ± 0,3	4,8	0,001
Триглицериды ммоль/л	1,6 ± 0,06	1,28 ± 0,2	19,4	0,5	1,56 ± 0,6	1,31 ± 0,12	4,8	0,02
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,5 ± 0,1	2,0 ± 0,28	18,6	0,01	3,3 ± 0,01	2,88 ± 0,4	11,9	0,01
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,98 ± 0,2	1,0 ± 0,3	2,04	0,02	1 ± 0,3	1 ± 0,14	0	0,02
ИА усл.ед.	3,68 ± 0,1	3,0 ± 0,15	18,4	0,002	4,41 ± 0,6	4,1 ± 0,23	1,0	0,003
СРБ микрореакции	6,2 ± 1,3	5,9 ± 0,33	1,85	0,003	11,1 ± 0,1	9,9 ± 0,13	5,68	0,001
ГМЦ, ммоль/л	11,8 ± 0,2	10,85 ± 0,18	0,42	0,03	16,1 ± 0,02	15,0 ± 0,14	3,4	0,04
Спонтанная агрегация тромбоцитов	1,26 ± 0,3	1,1 ± 0,23	12,6	0,003	1,4 ± 0,1	1,1 ± 0,05	21,4	0,004

Примечание: ХС – холестерин; ТГ – триглицериды; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ИА – индекс атерогенности; САТ – спонтанная агрегация тромбоцитов; ГМЦ – гомоцистеинемия; СРБ – С-реактивный белок.

стенокардии, мозгового инсульта по месяцам выявил существенную положительную динамику в течение 6-месячной профилактической терапии аторвастатином (рис.).

Таким образом, изложенные данные свидетельствуют о том, что:

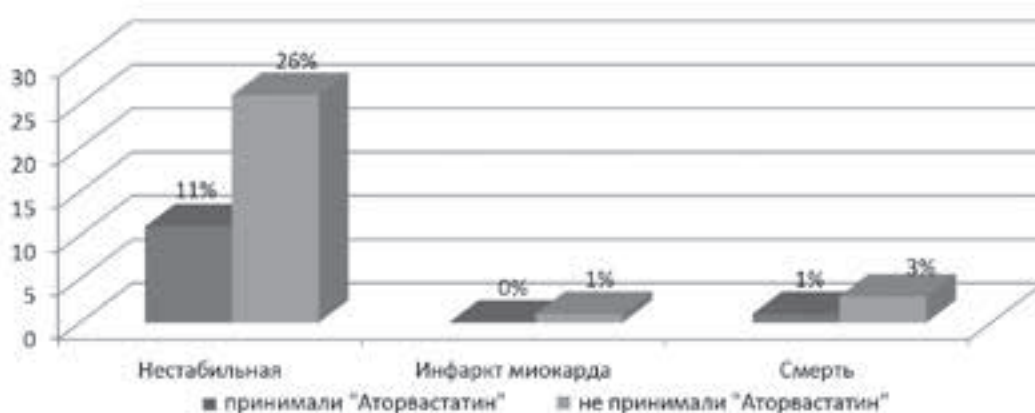
- у больных с ИБС, перенесших ИМ на фоне базовой патогенетической терапии без использования статинов, возрастает на 25 % вероятность риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и смертности;
- применение статинов у больных, перенесших ИМ, отягощенный гипергомоцистеинемией, значительно улучшает липидный спектр, снижая на 15 % общий ХС, на 20 % ХС ЛПНП, снижая индекс атерогенности на 7,3 % и уровень гипергомоцистеинемии на 6,7 % независимо от величины исходного уровня ГМЦ плазмы крови.

Курсовая 6-месячная профилактическая терапия аторвастатином в дозе 40 мг/сут обеспечивает снижение уровня высокочувствительно СРБ – в 2,3 раза ($p < 0,001$), спонтанной агрегации тромбоцитов – на 27,3 % ($p < 0,004$), гипергомоцистеинемии на 6,7 % ($p < 0,04$), снижая высокий риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и смертности.

Применение аторвастатина на фоне гипергомоцистеинемии уменьшает показатели высокочувствительной СРБ с $11,1 \pm 0,99$ до $4,9 \pm 0,13$, спонтанная агрегация тромбоцитов 27,3 % с $1,4 \pm 0,5$ до $1,1 \pm 0,5$ статины улучшают клиническое течение: предотвращая повторные ИМ, уменьшая в 2 раза частоту НС, снижая потребность в эндоваскулярной реваскуляризации посредством стентирования и в 3 раза уменьшая частоту случаев сердечно-сосудистой смерти.

Рисунок

Динамика показателей неблагоприятных клинических событий по данным 6-месячного проспективного наблюдения у больных ИБС с гипергомоцистеинемией на фоне аторвастатина и без статинов





ЛИТЕРАТУРА:

1. Гипергомоцистеинемия как самостоятельный фактор риска поражения и тромбирования кровеносных сосудов /Баркаган З.С. и др. //Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2002. – № 1. – С. 65-71.
2. Гомоцистеинемия в патогенезе тромбоваскулярной болезни и атеросклероза /Ефимов В.С. и др. //Лаб. Мед. – 1999. – № 2. – С. 44-48.
3. Гомоцистеин – важный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний /Сидоренко Г.И. и др. //Кардиология. – 2001. – №1. – С. 6-11.
4. Arnadottir M., Hultberg. Homocysteine in renal disease, in Homocysteine in health and disease /Arnadottir M., Hultberg. – Cambridge University Press, Cambridge, UK-2001. – P. 321-330.
5. Lowering blood homocysteine with folic acid based supplements: meta-analysis of randomised trials /Brattstrom L., Landgren F., Israelsson B. et al. //Br. Med. J. – 1998. – V. 316. – P. 894-898.
6. Brouwer, I.A. Betaine supplementation and plasma homocysteine in healthy volunteers /Brouwer I.A., Verhoef P., Urgert R. //Arch. Intern. Med. – 2000. – V. 160. – P. 2546-2547.



МИНЕНКОВ В.А., ЖЕСТИКОВА М.Г., КИСЕЛЕВ Н.Ю., ЗОРЬКИН И.И.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 29»,
г. Новокузнецк

НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ИХ ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Нами проанализирован и представлен опыт регулярно проводимого нейропсихологического исследования по методике разработанной А.Р. Лурия и его школы. Всего проконсультировано по поводу различных нарушений психики 54144 больных и их родственников, а так же клиентов по поводу их внутриличностных и межличностных психологических проблем. 5132 больным проводилось нейропсихологическое исследование. Для оценки психики – выявления особенностей нарушений высших психических функций (высших корковых функций и высших психических процессов), степени их выраженности использовались: психологическая диагностика, патопсихологическое исследование, клинический психиатрический метод. Важную роль в нейропсихологической реабилитации играет система как не просто взаимодействие, а взаимосодействие, т.е. кооперация компонентов множества, усилия которых направлены на получение конечного полезного результата (запрограммированного). При вхождении в систему компонент освобождается от избыточных степеней свободы, которые не помогают или мешают достижению результата. Освобождение от избыточных степеней свободы осуществляется под влиянием афферентного синтеза или обратной афферентации. Система в старом смысле (нервная, кровообращения и т.д.) – это выделенная из организма его часть, объединенная типом анатомического строения или типом функционирования, но, по сути, системой не являющаяся, т.к. ее цель не достигается изолированно от других органов и анатомо-физиологических образований. Истинные системы всегда функциональны по своей сути. В организме они не изолированы, а находятся в иерархических взаимоотношениях.

Ключевые слова: нейропсихологическое исследование; иерархические взаимоотношения; избыточная степень свободы; нейропсихологическая реабилитация.

MINENKOV V.A., ZHESTIKOVA M.G., KISELYOV N.YU., ZORKIN I.I.
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine,
City Clinical Hospital № 29, Novokuznetsk

SOME OF THE PRACTICAL PRINCIPLES OF NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION AND THEIR THEORETICAL JUSTIFICATION

We have analyzed and presented the experience of regularly conducted neuropsychological study on the methodology developed by A.R. Luria and his school. To consult on various mental disorders 54144 patients and their relatives, as well as customers on their intrapersonal and interpersonal psychological problems. 5132 patients underwent neuropsychological examination. To assess the psyche – identify the characteristics of disorders of higher mental functions (higher cortical functions and higher mental processes), their degree of severity were used: psychological diagnosis, pathopsychological research, clinical psychiatric method.

An important role in neuropsychological rehabilitation system plays as not just the interaction and mutually promoting, i.e. cooperation component of the efforts are aimed at getting the final useful result (programmed). Upon entering the system component is released from the excess degrees of freedom, which do not help or hinder the achievement of results. Exemption from excessive degrees of freedom is carried out under the influence of afferent synthesis or reverse afferentation. System in the old sense (nervous, circulatory, etc.) – it is isolated from the body part of it, united type of anatomic structure or the type of operation, but, in fact, the system is not, as its goal is not achieved in isolation from the other organs and anatomical and physiological structures. The real system is always functional in nature. In the body, they are not isolated, but are in a hierarchical relationship.



Key words: neuropsychological study; hierarchical relationships; excessive degree of freedom; neuropsychological rehabilitation.

Корреспонденцию адресовать:

ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна,
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5,
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России.
Тел: (3843) 45-48-73, 45-42-19. E-mail: postmaster@rambler.ru

Сведения об авторах:

МИНЕНКОВ Владимир Андреевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
КИСЕЛЕВ Николай Юрьевич, врач-невролог, зав. отделением восстановительного лечения, МБЛПУ ГКБ № 29, г. Новокузнецк, Россия.
ЗОРЬКИН Игорь Игоревич, лаборант, кафедра медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

MINENKOV Vladimir Andreevich, candidate of medical sciences, docent, department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
ZHESTIKOVA Marina Grigor'evna, candidate of medical sciences, docent, head of the department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
KISELYOV Nikolaj Yur'evich, neurologist, head of the department of rehabilitation, City Clinical Hospital № 29, Novokuznetsk, Russia.
ZORKIN Igor Igorevich, laboratory assistant, department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

За последние годы опубликовано достаточно много работ посвященных исследованиям в области нейропсихологической реабилитации (НПР) (В.М. Коган, Э.С. Бейн, Л.С. Цветкова, В.М. Шкловский, Т.Г. Визель, Э.Н. Винарская и др.) [1]. При этом каждый нейропсихолог проводящий нейропсихологическое исследование сталкивается с проблемой НПР вследствие того, что: 1) При легких нарушениях Высших Кортиковых Функций (ВКФ) обнаруживающихся на функциональной стадии органических заболеваний нервной системы (ЗНС) (а это I, I-II, II степень выраженности нарушений), больные, как правило, сохраняют критику к имеющимся у них нарушениям ВКФ и после обследования сами активно интересуются, что им дальше делать, как скорректировать, справиться со своими нарушениями, какие методы, приемы для этого использовать с целью сохранения трудоспособности. И нейропсихолог такие методы и приемы им объясняет, предлагает. 2) Больные с более выраженными нарушениями ВКФ (функционально-органическая стадия — II-III, III степень выраженности) уже не полностью критичны к своим нарушениям, но и они нередко просят нейропсихолога помочь им, и нейропсихолог также рекомендует им конкретные приемы восстановления имеющихся у них нарушений ВКФ, причем при этих степенях выраженности помимо методов НПР и невролог продолжает назначать

свое лечение (как правило, это прием мозговых метаболитов, средств улучшающих мозговое кровообращение и др.). 3) Даже при еще более выраженных нарушениях ВКФ (органическая стадия — III — отдельные нарушения достигают IV степени выраженности, III-IV степень, IV степень, тем более IV-V), больные, как правило, не только нетрудоспособны, но чаще всего не критичны к своим нарушениям и частично или полностью нуждаются в уходе, надзоре, опекунов. У этих больных возможность НПР осуществляется с помощью их близких родственников, именно они и интересуются у нейропсихолога, что им делать и как помочь такому больному, и нейропсихолог также дает практические рекомендации по улучшению нарушенных ВКФ, а невролог продолжает назначать соответствующее лечение [2-5]. При этом необходимо отметить, что амбулаторно больные с нарушениями ВКФ IV-V степени выраженности встречаются очень редко, а с V степенью нарушений ВКФ амбулаторно их не бывает совсем, т.к. это крайне тяжелые больные, находящиеся в критически нестабильном или в критическом состоянии и обычно находящиеся в реанимационном отделении, т.к. нуждаются в жизнеподдерживающих медицинских мероприятиях. Т.е., можно сказать — каждый нейропсихолог volens nolens занимается НПР.

Занимаясь много лет (с 1974 по 2014 годы, т.е. 39 лет) нейропсихологией и регулярно про-

вода нейропсихологическое исследование по методике разработанной А.Р. Лурия и его школой, за эти годы проконсультировано всего по поводу различных нарушений психики 54144 больных и их родственников, а также клиентов по поводу их внутриличностных и межличностных психологических проблем. 5132 больным проводилось нейропсихологическое исследование. Для оценки психики — выявления особенностей нарушений ВПФ (ВКФ и ВПП), степени их выраженности использовались: психологическая диагностика, патопсихологическое исследование, клинический психиатрический метод [6-9].

Нейропсихологическое исследование проводилось больным с органическими заболеваниями головного мозга (наиболее часто это были больные с ЦВБ, гипертонической болезнью — дисциркуляторной энцефалопатией, хронической ишемией головного мозга, последствиями нарушений мозгового кровообращения, травматической болезнью головного мозга, отдаленными последствиями черепно-мозговых травм, атрофическими процессами головного мозга, реже — больные с опухолями мозга, в т.ч. оперированные, последствиями перенесенных менингоэнцефалитов; более редкими являлись больные с рассеянным склерозом, лейкоэнцефалитами, гепатоцеребральной дистрофией, олигопунктоцереbellарной дегенерацией и т.д.) направляемые, как правило, после неврологического обследования из неврологических отделений больниц г. Новокузнецка и городов Южного Кузбасса, из БМСЭ, а также 600 больных из них были обследовано по поводу задержек формирования ВКФ (ЗФ ВКФ) (это были дети, подростки из психоневрологического санатория для детей с различными формами ЗПР и из вспомогательной школы для детей с ЗПР). Это были дети с преморбидной патологией: ПЭП, последствия родов ЧМТ, ММД и т.д. Возраст проконсультированных и обследованных больных был от 3-4 до 80 лет. На основании анализа обследованных с помощью нейропсихологического метода с последующим факторным анализом мы и попытались выделить и сформулировать основные практические принципы НПР и их теоретическое обоснование. Мы не анализируем в данной статье всех обследованных нейропсихологическим методом больных с ЗНС в количественном отношении, т.к. это не является целью сообщения.

Практические принципы НПР:

1. Вначале необходимо провести больному полное нейропсихологическое исследование (т.е. выявить все нарушения ВКФ, степень их выраженности).
2. На основе полученных данных составить индивидуальный план НПР для конкретного больного; отметить выраженность всех нарушений ВКФ на графике для дальнейшей оценки улучшения в динамике.

3. Руководствоваться принципом: главное — это восстановление речевых функций (определяют контактность взаимопонимание, дают возможность формирования необходимых мотиваций, установок на НПР).
4. Тем не менее, по возможности работать одновременно над восстановлением всех нарушенных ВКФ (взаимное облегчение НПР в целом).
5. Длительность ежедневных занятий в зависимости от общего состояния больного увеличивать с 15-20 минут до 2-3-х часов.
6. Один из основных принципов — при тяжелых нарушениях ВКФ начинать восстановление с использования самых легких заданий; при нарушениях ВКФ средней степени тяжести — с заданий средней степени сложности; если нарушения ВКФ легкие — начинать со сложных заданий. Причем, задания должны предъявляться: а) с одного анализатора (например, слухового); б) с 2-х анализаторов (например, со слухового и зрительного); в) в упрощенном варианте (например, медленно); г) в усложненном варианте (например, быстро, с использованием экранирования); д) в условиях истощения; е) неоднократно, до усвоения (уверенного выполнения) задания больным.
7. Задания (тесты) применяемые при восстановлении нарушений ВКФ использовать при НПР как упражнения (т.е. многократное повторение), тренировку. Особое значение при этом придавать систематичности занятий, настойчивости, упорству в достижении цели.
8. С помощью психолога (или без него) добиваться у больного формирования мотивации, затем — установки, затем — заинтересованности, затем — интереса и если возможно — выраженного интереса к проводимым занятиям; придумав (продумав) при этом систему поощрений даже за минимальные успехи.
9. Пытаться приучить больного к самостоятельным занятиям вначале под контролем нейрореабилитолога (НР), затем постепенно уменьшать время контроля, оставлять больного за такими занятиями незаметно наблюдая (контроль) за ним.
10. Это обеспечит в дальнейшем, на определенном этапе НПР (при амбулаторном посещении занятий) продолжить самостоятельные занятия дома (с помощью, под контролем близких, под их наблюдением).
11. Учитывать анатомическое расположения очага в мозге (лоб, темя, затылок, висок, кора, субкортикально, в белом веществе, в глубинных структурах, в правом полушарии, в левом полушарии и т.д.), его размеры, характер (объемный процесс — опухоль в т.ч. оперированная, киста, инсульт, черепно-мозговая травма — ушиб, разможнение участка мозга),



- распространенность (демиелинизирующий процесс, дисциркуляторные очаги, атрофия мозга и т.д.), что в совокупности со степенью выраженности нарушений ВКФ поможет не только учесть особенности индивидуального плана НПР, но и оценить реабилитационный потенциал.
12. Учет предыдущего пункта даст возможность (что необходимо) выявить и оценить симптомы первичные (выпадения), вторичные (возле очага поражения) и третичные (по соседству), что также имеет немаловажное значение для НПР в целом, в т.ч. и для оценки реабилитационного прогноза.
 13. При многих патологических процессах в комплекс НПР должно включаться и продолжение лечения (мозговые метаболиты, сосудистые средства, гипотензивные, тонизирующие и другие), а также различные физиопроцедуры, массаж при сохраняющихся двигательных расстройствах, лечебные упражнения и т.д.
 14. Чем успешнее продвигается восстановление ВКФ, тем больше времени больной должен проводить на занятиях в группе (в ней он будет учиться даже тому, чему специально вроде бы на занятиях и не учат). Необходимо отметить, что даже больные с выраженными нарушениями ВКФ должны присутствовать на групповых занятиях, так как при достаточных сохраненных объемах мозга — мозг будет воспринимать информацию извне хотя бы частично и не всегда понятным нам способом. Так мозг здорового человека усваивает значительные объемы информации бессознательно, т.е. без активного сознательного сосредоточения внимания.
 15. Нейрореабилитолог должен учитывать большие возможности мозга молодых людей (детей, подростков, юношей) для восстановления нарушенных ВКФ.
 16. Считается, что при некоторых органических заболеваниях нервной системы, лучших результатов при НПР можно добиться в течение первых 3-х месяцев болезни (ЧМТ, НМК и т.д.).
 17. При правополушарных очагах у правой восстановления ВКФ может протекать легче вследствие того, что изначально у таких больных чаще легче установить необходимый контакт с больным в силу сохранности речевых функций, мышления, да и интеллектуальные функции страдают, как правило, меньше.
 18. Следует также учитывать, что сама жизнь, в которой больной (чаще с умеренными нарушениями ВКФ) проявляет разнообразную активность способствует восстановлению нарушенных ВКФ, постоянно предъявляя к ним свои требования через внешние раздражители.

В соответствующей литературе по НПР имеются исследования подтверждающие (объясняющие) вышеперечисленные теоретические принципы НПР. Прежде всего, это учение о функциональных системах (П.К. Анохин, 1975, 1977). Система — это такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношения принимают характер взаимодействия компонентов направленное на получение фокусированного полезного результата. Результат — неотъемлемый решающий компонент системы, инструмент, создающий упорядоченное взаимодействие между всеми другими ее компонентами. Не может быть управляющей системы, ибо тогда объект управления должен находиться вне ее. Очень важное положение для деятельности системы — содержание результата формируется системой в виде определенной модели раньше, чем появится сам результат. Причем, интервал между возникновением цели и достижением результата может быть равен и одной минуте, и годам!!! Для настоящей системы характерно отсутствие жесткой структурной детерминации, а свойственна внезапная динамичная мобилизуемость структур для достижения результата, т.е. это возможность моментального построения любых дробных комбинаций обеспечивающих функциональной системе получение полезного приспособительного результата.

Операционная архитектура функциональной системы заключается в том, что система гетерогенна, т.е. состоит из определенного количества узловых механизмов, каждый из которых занимает свое собственное место и является специфическим для всего процесса формирования функциональной системы. Элемент (компонент) функционирования не должен пониматься как самостоятельное и независимое образование. Он является органическим звеном в весьма обширной кооперации с другими компонентами системы.

Биосистема (в отличие от машинных систем) внутри себя решает вопрос о том, какой результат должен быть получен, на основе своих внутренних процессов. Этот результат программируется. Это вопрос решения в стадии афферентного синтеза. При этом одномоментной обработке подвергаются четыре компонента: память, ДМ — данный момент, ОА — образование афферентного соответствия и ПС — пуск системы.

Системообразующим фактором является результат деятельности системы. Для формирования системы необходимо решение четырех вопросов: 1) какой результат у большинства получен, 2) когда он получен, 3) с использованием каких механизмов, 4) как система убеждается в достаточности полученного результата.

Таким образом, система — это не просто взаимодействие, а взаимодействие, т.е. кооперация компонентов множества, усилия которых направ-



лены на получение конечного полезного результата (запрограммированного). При вхождении в систему компонент освобождается от избыточных степеней свободы, которые не помогают или мешают достижению результата. Освобождение от избыточных степеней свободы осуществляется под влиянием афферентного синтеза или обратной афферентации. Система в старом смысле (нервная, кровообращения и т.д.) — это выделенная из организма его часть, объединенная типом анатомического строения или типом функционирования, но, по сути, системой не являющаяся, т.к. ее цель не достигается изолированно от других органов и анатомо-физиологических образований. Истинные системы всегда функциональны по своей сути. В организме они не изолированы, а находятся в иерархических взаимоотношениях. В связи с этим, Анохин вводит понятие субсистемы и суперсистемы. Все функциональные системы независимо от уровня своей организации и от количества составляющих их компонентов имеют принципиально одну и ту же функциональную архитектуру, в которой результат является доминирующим фактором стабилизирующим организацию системы.

Речь при этом, как следует из работ Цветковой Л.С. (1985; 2000), Хомской Е.Д. (1987) и др.— главный фактор опосредования всех психических функций. Уже у ребенка развитие слуха сопровождается речевой афферентацией, что проявляется проговаривание каждого слова и каждой буквы в нем. Проговаривание является и главным способом формирования грамотного письма и грамотной четкой речи. Т.е., услышать, понять, распознать звук, звуки в слове, запомнить их, проговорить (т.е. реализовать слухо-двигательную (моторную) афферентацию (висок — лоб), затем — понять грамматическую конструкцию, т.е. не просто набор звуков и букв, но и их связь в слове. Т.е. работа идет по областям мозга: услышать (первичная слуховая зона в височной доле), понять (вторичная слухо-речевая зона в височной доле — центр Вернике), запомнить (поле 37), понять грамматическую и семантическую конструкцию (поля 37, 39, 40, зона ТПО — третичный центр), перевести в моторику (лобная доля, центр Брока), сказать — это и есть системная локализация ВПФ — речи. Для реализации этой функции важны и такие функции как внимание и память, не имеющие общей локализации, локализованы их элементы: слуховая, зрительная, тактильная (кинестетическая) память. Для формирования системы нужен мотив и вовлечение центров, необходимых для понимания не только логико-грамматической конструкции, но и подтекста, для чего необходимо участие лобных структур.

При афазии нарушается речь, а не язык, но при семантической афазии нарушается язык,

а не речь. Нет отдельной формы афазии — тотальной, это временное состояние, при котором значительно выражена моторная и сенсорная афазия. Классификация афазий А.Р. Лурия наиболее точно отражает процесс и топик, а поэтому эффективнее для реабилитации. При анализе афазии важно оценить, что нарушено: выражение сообщения, воздействия на других или на себя, или участие в планировании действий (Л.С. Цветкова).

Таким образом, речь выполняет функцию объединения всех психических процессов, организации всей психической сферы, опосредует другие функции в т.ч. память и внимание. В патологии может быть нарушение не самой речи, а ее организации. Речь, как следует из работ Выготского, — универсальное средство воздействия на мир. Это средство общения — 1) коммуникативная функция речи (высказывания и сообщения другим людям, воздействие на них и на себя); 2) речь — это орудие мышления, которое не протекает без речи (по Л.С. Цветковой, в особых условиях мышление может быть невербальным). Речь и язык не одно и то же. Язык — это средство речи. Слова языка могут быть разные, но обозначают одно и то же (и наоборот). Психофизиологическая основа речи — функциональные системы головного мозга: речедвигательная, слуховая, анализаторы: висок, лоб, темя, затылочные доли, т.е. весь мозг (вот и связь с функциональными системами).

Необходимо отметить, что НПР, конечно не в таком научно разработанном виде и при существующих попытках ее современной организации в масштабах целых стран, существовала давно, очень давно (эмпирический этап НПР), и мы имеем ввиду даже не указания М.М. Кабанова о том, что впервые НПР возникла в 20-е годы XX-го столетия, нет, мы имеем ввиду еще более давнее ее применение для соответствующих больных, мы имеем ввиду ее стихийное, полусознательное, а может быть и бессознательное применение заключающаяся в использовании различных приемов улучшающих, восстанавливающих работу мозга задолго до того как она стала предметом изучения наукой.

Поясним это на примерах.

1. Возможности самого мозга пораженного патологическим процессом (например — ЧМТ). Сам больной выживал или позже — его удавалось спасти, и он продолжал жить с не совсем здоровым мозгом, возвращался в семью. Если это был ребенок, подросток, юноша, то родители, видя (наблюдая) его нарушения речи, памяти, нарушения каких-то навыков — поправляли его, когда он говорил неправильно, напоминали ему о событиях его жизни которые он забыл, заново учили делать то, что он раньше умел, но разучился и, учитывая боль-

шие возможности юного, растущего мозга, больной многому снова научивался!

2. Даже если родители больным не занимались и он был предоставлен себе, все равно у него оставалось сохранная часть мозга и когда он ходил, смотрел, слушал, что-то трогал, пытался что-то делать, наблюдая, подражая, играя и т.д., сам не понимая того он улучшал работу своего мозга и чем большую активность такой больной проявлял, чем больше информации поступало в его мозг — тем быстрее и эффективнее шло восстановление нарушенных ВПФ.
3. В более позднее время врачи — неврологи, психиатры, потом психологи, выписывая такого больного из больницы, давали ему различные советы, тем более что больной или его родственники нередко активно спрашивали (и это происходит до сих пор) что им делать дальше с больным, как с ним себя вести, как улучшить нарушенную речь, память, внимание, как улучшить движения и действия (в т.ч. мелкую моторику), как заново учиться писать, читать, считать и т.д.
4. Не так уж и редко родные, близкие проявляли немалую активность вплоть до ежедневных систематических занятий с таким больным, добиваясь в ряде случаев немалых положительных результатов.
5. К подобным формам поведения с больными с нарушенными ВПФ относится и формирование у них соответствующих мотиваций, установок, интереса к необходимости таких заня-

тий (только слова в те времена были другие), тогда больной начинал (конечно, не всегда) сам более или менее упорно заниматься тем, что ему подсказывали, показывали окружающие его близкие люди.

Таким образом, мозг даже неполноценный все рано реагирует на внешние раздражители, как может воспринимает, организует их, перерабатывает включая в продолжаемые им создавать (им — т.е. мозгом) функциональные системы для решения целей и задач, которые ставит перед ним реальность, пусть даже эти цели и задачи направлены на выживание и не нужно этого недооценивать — борьба за выживание сопровождается нередко (если человек не сдается) неожиданными, оригинальными до феноменальных решениями и этому существует масса подтверждений («как она столько пролежала под завалом?», «как он столько прожил без воды?», «как он все-таки нашел дорогу назад?», «как он не задохнулся на такой высоте при его-то больном сердце, а значит неполноценном питании мозга кислородом»), не говоря уже о случаях, когда больной с нарушениями ВПФ «сам научился писать левой рукой», «научился писать ногой!», «научился рисовать ногой!», «научился разговаривать жестами», писать не смог научиться в силу имеющихся нарушений — научился печатать на машинке, не восстановилось зрение — освоил азбуку Брайля и т.д. и т.п. Все это должно учитываться нейрореабилитологом, что сделает его работу по нейропсихологической реабилитации более осознанной и успешной.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Медицинская реабилитация /под ред. В.М. Боголюбова. Книга I. — Изд. 30-е, испр. и доп. (Глава 14. Адаптация к нарушениям общения. С. 362-375). — М., 2010. — 416 с.
2. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем /Анохин П.К. — М., 1975. — 448 с.
3. Анохин, П.К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование /Анохин П.К. — М., 1977. — 200 с.
4. Цветкова, Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: учеб. пособие для студентов ВУЗов /Цветкова Л.С. — М., 1985. — 328 с.
5. Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учебник для студентов ВУЗов /Хомская Е.Д. — М., 1987. — 288 с.
6. Коган, О.Г. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии (Глава 2.13 Психологическая реабилитация — соавт. Миненков В.А. С. 214-225). /Коган О.Г., Найдин В.Л. — М., 1988. — 304 с.
7. Цветкова, Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление /Цветкова Л.С. — М. — Воронеж, 2000. — 304 с.
8. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руков. для врачей /Белова А.Н., Прокопенко С.В. — М., 2010. — 568 с.
9. Шохор-Троцкая, М.К. Речь и афазия /Шохор-Троцкая М.К. — М., 2001. — 416 с.



МИНЕНКОВ В.А., ЖЕСТИКОВА М.Г., КИСЕЛЕВ Н.Ю., ЗОРЬКИН И.И.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 29»,
г. Новокузнецк

К ВОПРОСУ О ФАКТОРНОМ АНАЛИЗЕ ПО А. Р. ЛУРИЯ ПРИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В нейропсихологическом исследовании использование факторного анализа позволяет определить функцию различных отделов головного мозга и сформировать реабилитационную программу при нарушении зон, отвечающих за тот или иной высший корковый процесс. В работе с пациентом важно выделить как вторичные, так и первичные дефекты. Это взаимозависимые нарушения, влияющие на возможности мозга в процессе тех или иных патологических процессов. Нами проанализировано 3333 случаев с 40 нозологическими заболеваниями выделенными в МКБ-10 с позиций факторного анализа. Оказалось возможным выделить факторы, влияющие на результаты нейропсихологического исследования, а также на последующую нейропсихологическую реабилитацию.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация; нейропсихологическое тестирование; факторный анализ; первичный и вторичный дефекты.

MINENKOV V.A., ZHESTIKOVA M.G., KISELYOV N.YU., ZORKIN I.I.
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine,
City Clinical Hospital № 29, Novokuznetsk

TO THE QUESTION OF FACTOR ANALYSIS BY A.R. LURIA IN NEUROPSYCHOLOGICAL RESEARCH AND NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION

In the neuropsychological study using factor analysis allows us to determine the function of different parts of the brain and create a rehabilitation program in the zone violation, responsible for one or another of the higher cortical processes. In the work with the patient is important to highlight the secondary and primary defects. This interdependent disturbances affecting the ability of the brain in the process of different pathological processes. We have analyzed 3333 cases with 40 nosological disease identified in the ICD-10 from the position of the factor analysis. It was possible to identify the factors affecting the results of neuropsychological research, as well as on subsequent neuropsychological rehabilitation.

Key words: neuropsychological rehabilitation; neuropsychological testing; factor analysis; primary and secondary defects.

Корреспонденцию адресовать:

ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна,
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5,
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России.
Тел: (3843) 45-48-73, 45-42-19. E-mail: postmaster@rambler.ru

Сведения об авторах:

МИНЕНКОВ Владимир Андреевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
КИСЕЛЕВ Николай Юрьевич, врач-невролог, зав.отд. восстановительного лечения, МБЛПУ ГКБ № 29, г. Новокузнецк, Россия.
ЗОРЬКИН Игорь Игоревич, лаборант, кафедра медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

MINENKOV Vladimir Andreevich, candidate of medical sciences, docent, department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.



ZHESTIKOVA Marina Grigor'evna, candidate of medical sciences, docent, head of the department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

KISELYOV Nikolaj Yur'evich, neurologist, head of the department of rehabilitation, City Clinical Hospital № 29, Novokuznetsk, Russia.

ZORKIN Igor Igorevich, laboratory assistant, department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

Фактор, когда речь идет о нейропсихологическом исследовании и нейропсихологической реабилитации — это собственно функция той или иной мозговой структуры, определяющий принцип работы каждого участка головного мозга [1-3]. Например, задние отделы верхней височной извилины — понимание (гнозис) слуховых афферентаций; задние отделы нижней лобной извилины — моторное обеспечение речи (ее фактор), т.е. ее кинетическая характеристика. Предлагается (по литературе) перечень факторов: 1) кинетический; 2) кинестетический; 3) акустический; 4) зрительный; 5) пространственного восприятия; 6) общемозговой.

Поэтому важно выделить первичный дефект в расстройстве высшей психической функции, т.е. нарушения собственно функции данного участка мозга, т.к. в связи с ним развиваются вторичные дефекты: например, первично нарушается акустический анализ, а вторично страдает письмо, чтение и т.д. [3, 4].

Кроме того, необходимо оценить, как считает А.Р. Лурия, роль общемозгового фактора, который не имеет локализации, а обусловлен общемозговыми механизмами: кровоснабжением, биохимическими и нейрохимическими процессами, ликвородинамикой. В итоге — нарушения деятельности мозга как целого, при этом выявляются симптомы многих поражений, а первичные выявляются при специальных пробах. Эти симптомы возникают при острых процессах и динамичны в течение времени. Например, могут быть меньше выражены вечером, когда меньше внешних раздражителей и тогда выявляются главные (очаговые) симптомы [5-7]. Поэтому важно подходить к больному для оценки этих симптомов в разное время суток. К общемозговому фактору (ведь речь идет о нейропсихологии 1) следует добавить, что вышеперечисленные общемозговые механизмы, функционируя в совокупности, поражают общую функцию мозга — отражение реальной действительности (создавая ее «слепок»), а, следовательно, к различным факторам, влияющим на нарушения которые возникают при патологических процессах следует добавить: 1) влияние типов высшей нервной деятельности; 2) влияние типов личности в состоянии компенсации, субкомпенсации, декомпенсации; 3) влияние доклинических и клинических форм личностного реагирования; 4) преморбидные особенности больного.

Способ анализа функциональных систем лежащих в основе высших психических функций,

через изучение факторов, ответственных за различные звенья этих систем, был обозначен А.Р. Лурией как факторный анализ, с помощью которого выявляются нейропсихологические симптомы — это нарушения или дезинтеграция той или иной высшей психической функции вследствие нарушения определенной зоны мозга [1, 8]. Симптом представляет собой нарушения психологической и психофизиологической структуры нарушенной функции. Нарушения одной и той же функции (симптом) может иметь различную локализацию из-за нарушения различных звеньев в структуре функции. Например, нарушение понимания речи может быть из-за нарушений слухового гнозиса, памяти, перешифровки логико-грамматических структур и т.д. Нейропсихологический синдром представляет собой избирательное нарушение одной группы психических процессов в основе которого лежит распад одного и того же фактора и сохранность всех других высших психических функций, в структуру которого этот фактор не входит [9-11].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выделения факторов, влияющих на результаты нейропсихологического исследования, а также на последующую нейропсихологическую реабилитацию нами был проведен выборочно (соответственно цели проводимого исследования) анализ 1451 больного из 3333 больных, проконсультированных с последующим нейропсихологическим исследованием за последние 10 лет (2004-2013 гг.), причем с декабря 2004 г. по январь 2011 г. больные в подавляющем большинстве случаев направлялись из Бюро медико-социальной экспертизы (т.е., перед освидетельствованием), а также из лечебных учреждений г. Новокузнецка и городов Южного Кузбасса. К этому количеству добавлены 300 больных, в основном с микроаденомами гипофиза — 96 %, возраст которых от 18 до 65 лет, нейропсихологическое исследование проводилось доцентом кафедры неврологии ГБОУ ДПО НГИУВ МЗ РФ М.Г. Жестиковой, и 150 больных, которым нейропсихологическое исследование проводилось при выполнении научного исследования Н.Ю. Киселевым (среди них были больные паркинсонизмом — 5; болезнью Вильсона-Коновалова (гепатоцеребральная дистрофия) — 2; рассеянным склерозом — 10; болезнью Гиллервордена-Шпатца — 1, остальные 132 — с цереброваскулярной болезнью,

дисциркуляторной энцефалопатией, гипертонической болезнью, последствиями острого нарушения мозгового кровообращения).

Таким образом, всего для анализа были взяты 1901 больных. Все проконсультированные больные (3333) распределились следующим образом: 1) Отдаленные последствия черепно-мозговых травм. Травматическая болезнь головного мозга — 1172; 2) Цереброваскулярная болезнь. Гипертоническая болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия — 320; 3) Хроническая ишемия мозгового кровообращения — 110; 4) Последствия острого нарушения мозгового кровообращения — 79; 5) Лептоменингиты — 28; 6) Минимальная мозговая дисфункция. Первичная задержка психического развития — 58; 7) Энцефалопатии: тяжелый гипотиреоз — 50, сахарный диабет — 42, туберкулез легких — 8; 8) Оперированные опухоли головного мозга — 108; 9) Хронический алкоголизм и другие наркомании с энцефалопатиями — 100; 10) Эпилепсия с энцефалопатией — 80; 11) Задержки психического развития, обусловленные задержкой формирования Высших Кортиковых Функций — 276; 12) Перинатальная энцефалопатия — 90; 13) Детский церебральный паралич — 45; 14) Атрофии головного мозга (сосудистые Альцгеймероподобные синдромы и болезнь Альцгеймера — 110; 15) Последствия менингоэнцефалитов — 50; 16) Рассеянный склероз, цереброспинальная форма — 24; 17) Энцефаломиелополирадикулоневрит — 28; 18) Болезнь Жиль-де-Лятуретта — 11; 19) Спиноцереbellарная дегенерация — 10; 20) Последствия вирусного энцефалита — 9; 21) Последствия полиомиелита — 39; 22) Олигофрении — 65; 23) Оливопонтоцереbellарная дегенерация — 20; 24) Хорея Гентингтона — 9; 25) Посткастрационный синдром — 15; 26) Психозы (сосудистые, инволюционные, токсические, шизофрения, маниакально-депрессивный) — 50; 27) Шизофреноподобный синдром — 7; 28) Склеродермия — 18; 29) Ампутация обеих ног — 16; 30) Вегетативно-сосудистая недостаточность — 67; 31) Психосоматический инфантилизм — 30; 32) Реактивное состояние — 4; 33) Неврастения — 12; 34) Невроз навязчивых состояний — 11; 35) Невротическое развитие личности — 35; 36) Психастения, психастенические черты характера — 60; 37) Истерические черты характера — 22; 38) Вторично примитивная личность — 35; 39) Гебоидный тип личности — 9; 40) Астенический тип личности — 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализировав полученный материал с позиций факторного анализа, оказалось возможным выделить следующие факторы, влияющие на результаты нейропсихологического исследования, а также на последующую нейропсихологическую реабилитацию.

Среди них первичные факторы обусловлены первичным дефектом:

- 1) больной не понимает инструкцию (нарушения сенсорной функции);
- 2) не понимает сложных логико-грамматических конструкций (понимание не сформировалось или нарушилось);
- 3) не запоминает инструкцию (нарушена память);
- 4) не актуализирует представлений (нарушен акустико-мнестический гнозис);
- 5) не осознает пространственных взаимоотношений в речи (пространственная агнозия);
- 6) нарушена способность к мыслительным операциям (операционная, мнестическая, гностическая функции интеллекта);
- 7) не удерживает представления о конечном результате (в норме примерно знаем его заранее!).

Выявлены и другие факторы, также влияющие на нейропсихологическое исследование и нейропсихологическую реабилитацию, которые следует учитывать при факторном анализе:

- 8) нарушения выявляются вследствие того, что инструкция предъявляется чрезмерно быстро (зависит от поведения нейропсихолога);
- 9) во время исследования имеют место отвлекающие моменты (посторонние разговоры, шум, хождение, присутствие посторонних и т.д.) — неправильная организация исследования;
- 10) больной осознает инструкцию медленно (торпиден, медлителен — тип высшей нервной деятельности);
- 11) больной аффектируется, нервничает, психует, раздражается (тип личности — психология);
- 12) еще не научился (высшие корковые функции не сформировались физиологически или имеет место задержка формирования высших корковых функций — задержка психического развития);
- 13) уровень функционирования высших корковых функций снизился в результате детренированности (разучился, отвык);
- 14) нарушено внимание (не сформировалось, особенности нейрофизиологии);
- 15) временно нарушено внимание в силу различных ситуативных обстоятельств (например, боль в животе во время нейропсихологического исследования);
- 16) больной не желает выполнять задания сознательно (установки: аггравация, симуляция, метасимуляция, диссимуляция — психология личности, психиатрия);
- 17) не выполняет задания устно вследствие наличия мутацизма (невроз — психиатрия);
- 18) не выполняет задания вследствие наличия мутизма (психоз — психиатрия);



19) не выполняет задания вследствие негативизма (подростковый или психическое заболевание — психиатрия, возрастная психология);

20) лабилен темп выполнения заданий (невротический тип, невроз, неврозоподобные синдромы и т.д. — неврология, психиатрия, психология);

21) не выполняет задания или отказывается периодически — считает, что не справится, не хочет показать свою несостоятельность (тип личности, заниженный уровень притязаний, присутствие близких родственников — психология);

22) не справляется или справляется очень плохо (психоз, тотальная дезинтеграция высших психических процессов, бред, субступор, интрапсихическая атаксия и т.д. — психиатрия);

23) очень устал — перенапряжение на работе, плохо спал, выраженная соматическая астения и т.д.;

24) находится в состоянии абстиненции (скажем, после запоя — психиатрия);

25) находится в состоянии алкогольного, наркотического опьянения (наркология);

26) находится под воздействием психотропных средств (получает их как лечение, находясь в больнице);

27) отрицательно относится к исследованию (страх потерять работу, не хочет инвалидности, боится что «признают дураком, дебилом» и т.д. — психология);

28) отрицательно относится к нейропсихологии (не установлен контакт, только видимость — психология, врачебная деонтология);

29) демонстративность поведения (тип личности, истерический невроз — психология, психиатрия);

30) недоброжелательное поведение, неохотное выполнение заданий (тип личности, невротическое развитие — психология, психиатрия);

31) возможны и другие причины, влияющие на результаты нейропсихологического исследования, нейропсихологическую реабилитацию (нарушения зрения, слуха, осязания, дифференцировки невербальных стимулов и т.д.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Все эти факторы (первичные и вторичные) необходимо выявлять при нейропсихологическом исследовании, т.к. они влияют на результат анализа полученных данных.
2. Вторичные факторы не только влияют на оценку результатов нейропсихологического исследования, но нередко выносятся в заключение как преморбидные особенности больного помогая учесть все имеющиеся у него нарушения. Следует отметить, что вторичные факторы чаще выявляются, а, следовательно, и учитываются при большом числе обследуемых больных.
3. Учет всех вышеперечисленных факторов позволяет не только составить более объективное заключение о состоянии высших психических функций больного, но и разработать оптимальную индивидуально-дифференцированную схему нейропсихологической реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Схема нейропсихологического исследования: учебное пособие /под редакцией А.Р. Лурия. — М., 1973. — 60 с.
2. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга /Лурия А.Р. — М., 1969. — 504 с.
3. Цветкова, Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения. Нарушение и восстановление /Цветкова Л.С. — М., 1997. — 255 с.
4. Цветкова, Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: учеб. пособие для студентов ВУЗов /Цветкова Л.С. — М., 1985. — 328 с.
5. Ристо, Наатанен Внимание и функции мозга: учеб. пособие /Наатанен Ристо /пер. с англ. под ред. Е.Н. Соколова. — М., 1998. — 560 с.
6. Миненков В.А., Шмидт И.Р. Нейропсихологическое исследование. Методология и практика. Уч. пособие для невропатологов, нейрохирургов, нейропсихологов. — Новокузнецк, 2000. — 42 с.
7. Реагирование личности в норме и патологии: уч.-метод. пособие /Миненков В.А., Шмидт И.Р., Ван Вай Чен и др. — Новокузнецк, 2013. — 92 с.
8. Нейропсихологические нарушения при диффузных поражениях полушарий головного мозга /Киселев Н.Ю., Шмидт И.Р., Жестикова М.Г., Миненков В.А. //Неврологический вестник. Журнал имени В.М. Бехтерева. — Т. XXXIX. — Вып. 1. Матер. науч. конгр. (прилож. к журналу). — Казань, 2007. — С. 145-146.
9. Нарушение внимания при аденомах гипофиза /Шмидт И.Р., Жестикова М.Г., Миненков В.А. и др. //Психоневрология в современном мире. Юбилейная научная сессия: матер. XV-го Междунар. конгр. мировой ассоц. Динамической психиатрии. — СПб., 2007. — С. 233-234.
10. Нейропсихологические синдромы в клинике рассеянного склероза по результатам исследования с использованием метода А.Р. Лурия /Киселев Н.Ю., Шмидт И.Р., Жестикова М.Г., Миненков В.А. //Рассеянный склероз: современные тенденции: матер. III-й Сиб. межрегион. науч.-практ. конф. Новосибирск. 12-14 января 2007 г. — Новосибирск, 2007. — С. 61-67.
11. Нейропсихологические аспекты реабилитации больных с патологией больших полушарий головного мозга /Миненков В.А., Шмидт И.Р., Жестикова М.Г. и др. //Нейропластичность. Актуальные вопросы неврологии и нейрореабилитации: сб. науч. тр. — Красноярск, 2006. — С. 192-200.



ОСИПОВ А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

В условиях амбулаторного приема методом прикладной кинезиологии обследованы 37 пациентов с неврологическими проявлениями шейного и 47 – с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. Выявлена взаимосвязь проявлений шейного и поясничного остеохондроза с внутренними органами. Определены лекарственные препараты необходимые на разных стадиях патологического процесса.

Ключевые слова: прикладная кинезиология; терапевтическая локализация; шейный остеохондроз; поясничный остеохондроз; лекарственные препараты.

OSIPOV A.V., CHEHENIN A.G.
*Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine,
City Clinical Hospital № 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk*

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS ON OUTPATIENT RECEPTION BY MEANS OF APPLIED KINESIOLOGY METHOD

In the conditions of outpatient reception by means of applied kinesiology method 37 patients are surveyed with neurologic manifestations of neck osteochondrose and 47 patients with neurologic manifestations of lumbar osteochondrose. The interrelation of neurologic manifestations of lumbar and neck osteochondrose with internal is revealed. Medicines are defined necessary at various stages of pathological process.

Key words: applied kinesiology; therapeutic localization; lumbar osteochondrose; neck osteochondrose; medicines.

Корреспонденцию адресовать:

ОСИПОВ Алексей Викторович,
654066, г. Новокузнецк, ул. Тольятти, д. 5-б, кв. 55.
Тел: +7-905-961-76-43; 8 (3843) 73-61-12. E-mail: osipov-allway@yandex.ru

Сведения об авторах:

ОСИПОВ Алексей Викторович, врач невролог, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»; соискатель, кафедра неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

ЧЕЧЕНИН Андрей Геннадьевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

OSIPOV Aleksey Victorovich, doctor-neurologist, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious; aspirant, department of neurology, chiropractic and acupuncture, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

CHEHENIN Andrey Gennadievich, doctor of medical sciences, professor, chief of the department of neurology, chiropractic and acupuncture, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

В условиях приема пациента на амбулаторном этапе врачу необходимо за минимальное время выслушать жалобы пациента, собрать анамнез, провести осмотр и назначить соответствующую терапию. Для постановки ди-

агноза и лечения в большинстве случаев достаточно клинической картины болезни. При этом, как правило, лечение назначается на первом же приеме, не дожидаясь результатов параклинических методов исследования, так как результатов



многих из них (ЭЭГ, МРТ, ЭНМГ) и других приходится ждать по несколько дней и недель. Метод прикладной кинезиологии и мануального мышечного тестирования позволяет улучшить диагностику и оптимизировать подбор лекарственных препаратов для конкретного пациента.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методом прикладной кинезиологии (ПК) были обследованы 37 пациентов с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза (НПШО) и 47 пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза (НППО). Проводилась терапевтическая локализация (ТЛ) в месте наиболее выраженных болевых ощущений и перекрестная ТЛ в проекции внутренних органов и/или других частей тела. При положительной ТЛ в месте болевых ощущений подбирался лекарственный препарат, устраняющий мышечную слабость, т.е. препарат, нужный для данного пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании пациентов с НПШО, с преимущественной локализацией боли в правом плечевом суставе и правой трапециевидной мышце выявлена положительная перекрестная ТЛ в проекции печени и желчного пузыря у 19 пациентов. При преимущественной локализации боли в левом плечевом суставе и левой трапециевидной мышце выявлена положительная перекрестная ТЛ в проекции сердца и желудка у 12 пациентов.

При тестировании пациентов с НППО выявлена положительная перекрестная ТЛ в проекции почек — 7 случаев, в проекции матки и придатков в 11 случаях, в проекции мочевого пузыря в 6 случаях, в проекции слепой кишки в 10 случаях, в проекции простаты в 8 случаях.

Следует отметить, что положительная перекрестная ТЛ в проекции внутренних органов вы-

являлась при подостром или хроническом течении заболевания. В данном случае можно говорить о висцеро-вертеброгенных отраженных болевых синдромах. При дебюте или резком обострении НПШО или НППО связанных с внешними факторами (неловкое движение, переохлаждение, травма, психоэмоциональный стресс или без явной причины) положительной перекрестной ТЛ на внутренних органах, как правило не выявляется, что говорит о первичности вертеброгенного повреждения. Однако во время уменьшения клинических проявлений может появиться положительная перекрестная ТЛ на внутреннем органе, ткани, суставе, что можно расценивать как способствующий фактор в формировании обострения НППО или НПШО.

В острой стадии НППО и НПШО наиболее часто тестируются препараты НПВС, витамины группы В, миорелаксанты (толперизон, тизанидин), гомотоксикологические препараты (траумель-с). В подострую и стадию на первом месте хондропротекторы, включающие хондроитин и глюкозамин сульфат, витамины группы В, аевит, алое, гомотоксикологические препараты (цель-т, дискус композитум, лимфомиозот), т.е. средства, способствующие регенерации тканей. В возрасте 60 лет и старше тестируются препараты, содержащие кальций, магний и витамин D₃.

ВЫВОДЫ:

1. Использование метода прикладной кинезиологии позволяет быстрее поставить клинический диагноз и подобрать оптимальные лекарственные препараты для конкретного пациента.
2. Метод прикладной кинезиологии помогает выявить взаимосвязь между неврологическими проявлениями шейного и поясничного остеохондроза с внутренними органами и проводить лечение с позиций целостного организма.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Акимов, Г.А. Дифференциальная диагностика нервных болезней: руков. для врачей. /Акимов Г.А., Оди-нак М.М. — СПб., 2004. — 744 с.
2. Васильева, Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия дисфункции внутренних органов /Васильева Л.Ф., Михайлов А.М. — Новокузнецк, 2002. — 243 с.
3. Голубев, В.Л. Неврологические синдромы: руков. для врачей /Голубев В.Л., Вейн А.М. — М., 2002. — 832 с.
4. Луцки, А.А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника /Луцки А.А. — Новосибирск, 1997. — 400 с.
5. Иваничев, Г.А. Патогенетические аспекты формирования и проявления классических болевых мышечных синдромов /Иваничев Г.А. //Мануальная терапия. — 2006. — № 2(22). — С. 4-54.
6. Коган, О.Г. Методологические основы диспансеризации при заболеваниях нервной системы /Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстоколов А.А. — Новосибирск, 1987. — 255 с.
7. Кипервас, И.П. Периферические туннельные синдромы /Кипервас И.П., Лукьянов М.В. — М., 1991. — 203 с.
8. Кремис, В.И. Регионарные блокады в лечении нейродистрофической формы вертеброгенной люмбоишиалгии /Кремис В.И. //Практическая неврология и нейро-реабилитация. — 2009. — № 2. — С. 14-18.
9. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руков. для врачей. Том 1. Синдромология. /Попелянский Я.Ю. — Казань, 1997. — 554 с.
10. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руков. для врачей. Том 2. Этиология, патогенез, диагностика и лечение /Попелянский Я.Ю. — Казань, 1997. — 488 с.



СМОРОДИНА И.С., ВОРОЖИЩЕВА Г.И., НИКИТИНА З.Н.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
г. Новокузнецк

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПАЛАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

В статье отражена роль медицинской сестры палаты интенсивной терапии в наблюдении за пациентами с инфарктом миокарда и ее участие в проведении тромболитической терапии.

Ключевые слова: палата интенсивной терапии; медицинская сестра; инфаркт миокарда; тромболитическая терапия.

SMORODINA I.S., VOROZHISCHEVA G.I., NIKITINA Z.N.
*Municipal clinic Health Care Facility «City Hospital № 2»,
City Clinical Hospital № 1, Novokuznetsk*

THE ROLE OF THE NURSE THE ICU HOLDING TROMBOLISIS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

The article reflects in the intensive care observation with myocardial trombolitics therapy.

Key words: intensive care observation; the nurse; myocardial infarction; trombolitics therapy.

Корреспонденцию адресовать:

СМОРОДИНА Ирина Сергеевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-27. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

СМОРОДИНА Ирина Сергеевна, старшая медсестра, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ВОРОЖИЩЕВА Галина Ивановна, главная медсестра, кардиологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

НИКИТИНА Зинаида Николаевна, операционная медсестра, отделение рентгенэндоваскулярной хирургии, МБЛПУ «ГКБ № 1», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

SMORODINA Irina Sergeevna, head nurse, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

VOROZHISCHEVA Galina Ivanovna, head nurse, cardiology department, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

NIKITINA Zinaida Nikolaevna, operational sister, department endovascular surgery, City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia.

Термин «инфаркт миокарда» отражает гибель (некроз) клеток сердечной мышцы (кардиомиоцитов) в результате ишемии. ИМ диагностируется у больных с ангинозным приступом или другими неприятными ощущениями (дискомфортом) в грудной клетке и стойким подъемом сегмента ST или «новой» (впервые возникшей или предположительно впервые возникшей) блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ. Стойкий подъем сегмента ST (сохраняющийся не < 20 мин) отражает наличие острой полной тромботической

окклюзии коронарной артерии. Целью лечения в данной ситуации является быстрое, максимально полное и стойкое восстановление просвета сосуда, а также перфузии миокарда в соответствующей области. Для этого используются тромболитические агенты при отсутствии противопоказаний и наличии технических возможностей [1].

Важнейшая характеристика инфаркта миокарда — быстрота развития патологического процесса и значительно более высокая вероятность возникновения опасных для жизни осложнений



и летального исхода в первые минуты и часы заболевания. До 50 % смертей от острого инфаркта миокарда наступает в первые 1,5-2 ч от начала ангинозного приступа, поэтому в наиболее опасный период больной инфарктом миокарда должен находиться в условиях интенсивного контроля за основными физиологическими параметрами (ритм сердца, состояние гемодинамики и т. п.), в которых возможна не только своевременная диагностика, но и эффективное лечение. Это обеспечивается соответствующим диагностическим и лечебным оборудованием, концентрирующимся в специально отведенном помещении, и высококвалифицированным дежурным персоналом [1].

Такие подразделения получили название палат интенсивного наблюдения для коронарных больных. Специально подготовленные медицинские сестры, владеющие техникой работы с оборудованием палаты интенсивной терапии и знакомые с основными принципами ведения больных с инфарктом миокарда и сердечно-легочной реанимации — важная составляющая коллектива кардиологии.

Сразу после госпитализации пациента с инфарктом миокарда в палату интенсивной терапии практически одновременно с регистрацией ЭКГ и забором проб крови начинается мониторинг за основными физиологическими параметрами. В первую очередь медицинская сестра подсоединяет больного к аппаратуре, обеспечивающей контроль за ритмом сердца в реальном масштабе времени, налаживает постоянный доступ к венозному руслу для введения лекарств и забора проб крови. Учитывая высокую вероятность применения активной антитромботической терапии, не рекомендуется использовать для этой цели некомпрессируемые сосуды (в частности, подключичные вены). Если диагноз крупноочагового инфаркта представляется достоверным, а лечение на догоспитальном этапе было адекватным: ангинозный приступ купирован, больной получил аспирин и/или клопидогрел, принимается решение о проведении (продолжении) реперфузионной терапии и предпринимают соответствующие организационные шаги в зависимости от принятого плана лечения [1].

Мониторирование ритма и ЭКГ проводится непрерывно в течение всего времени пребывания больного в палате интенсивной терапии. Основные физиологические параметры должны фиксироваться медицинской сестрой в истории болезни каждые 90 мин (или при любом существенном изменении) до стабилизации состояния и каждые 4-6 ч после стабилизации в течение всего периода пребывания в палате. Повторно регистрируется стандартная ЭКГ, в первые сутки — с интервалами в 6-8 ч, на 2-е и 3-и сутки — не менее 1 раза в день. Дополнительная регистрация ЭКГ необходима для контроля за результатами реперфузион-

ной терапии: при тромболитической терапии — до ее начала, через 90 и 180 мин после ее окончания.

Обязательное лабораторное обследование. Кроме вышеперечисленного в первые часы после госпитализации проводится УЗИ сердца, рентгеновский снимок органов грудной клетки.

Медицинская сестра обязана контролировать поступление жидкости в организм и величину диуреза, визуально контролировать кал (возможность кровотечения, при использовании антикоагулянтов и тромболитиков).

Так как непосредственной причиной развития крупноочагового инфаркта миокарда является окклюзия коронарной артерии, как правило, тромботического происхождения, соответствующей области поражения миокарда. Поэтому основой лечения этих больных является восстановление коронарного кровотока — коронарная реперфузия. Только восстановление коронарного кровотока в первые 12 ч от начала первых симптомов болезни достоверно улучшает прогноз. Оптимальные результаты наблюдаются, если реперфузионная терапия проводится в первые 2 ч. Тромболитическая терапия снижает госпитальную летальность в среднем на 21 % по сравнению с пациентами, ее не получавшими. Применение тромболитика позволяет спасти дополнительно 30 жизней на каждую 1 тыс. больных, леченых в первые 6 ч заболевания, и 20 — на каждую 1 тыс. в интервале 7-12 ч.

В качестве тромболитических препаратов используют стрептокиназу, рекомбинантный тканевой активатор плазминогена (Алтеплазу) и его модификацию — Тенектеплазу, модифицированную (рекомбинантную) проурокиназу (Пуролазу).

Медицинская сестра палаты интенсивной терапии, осуществляющая перфузию, должна быть не просто готова к развитию возможных осложнений, но и в совершенстве владеть методами их незамедлительного устранения. Наиболее частое осложнение тромболитической терапии — кровотечение (большие и малые), а самое тяжелое из них — геморрагический инсульт, который наблюдается у 1,2 % больных (при частоте в контрольной группе 0,8 %). Риск больших кровотечений (требующих переливания крови) составляет 4-13 %. Наиболее частый источник кровотечений — места пункции сосудов, однако нередко развиваются и внутренние кровотечения — из желудочно-кишечного тракта, почек. Иногда кровь изливается забрюшинно — в паранефральную клетчатку и по ходу подвздошно-поясничной мышцы. Отсюда очевидна роль медицинской сестры в динамическом наблюдении за пациентом на фоне тромболитической терапии, с учетом развития возможных смертельных осложнений и методов оказания неотложной помощи пациентам. Медицинская сестра палаты интенсивной терапии



обязана стабилизировать состояние больного, в частности с помощью введения свежезамороженной плазмы, протаминсульфата, тромбоцитарной массы, криопреципитата с учетом врачебных назначений.

В кардиологическом отделении МЛПУ ГКБ № 2 в 2013 году выполнено 25 тромболизисов пациентам с курпноочаговым инфарктом мио-

карда, из них 22 положительных, где произошел тромболизис. Осложнений во время тромболитической терапии не было ни одного, что свидетельствует не только о точной оценке состояния пациентов перед тромболизисом, но и слаженной работе всех участников терапии, определяющей роли медицинской сестры в наблюдении за пациентами с учетом риска осложнений терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Национальные рекомендации ВНОК, раздел «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ». – М., 2011.





ШПАГИНА Л.Н., ФИЛИМОНОВ С.Н.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
г. Новокузнецк

ПОЛИПАТИИ У РАБОЧИХ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КУЗБАССА

Изучены частоты полипатий у рабочих угольной промышленности и их взаимосвязь с профессиональной патологией и качеством жизни. Установлено, что хронические полипатии приводят к более раннему развитию различных форм профессиональных заболеваний (вибрационной болезни, радикулопатии), отягощают их течение и способствуют прогрессированию, что должно учитываться при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: профессиональное заболевание; полипатии; качество жизни.

SHPAGINA L.N., FILIMONOV S. N.
City clinical hospital № 2 of St George the Victorious,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk

POLIPATHY OF THE WORKERS OF COAL INDUSTRY OF KUZBASS

The frequency of polipathy of the workers of the coal industry and their relationship with professional pathology and quality of life are studied. The results of the studying show that chronic polipathy leads to the development of different forms of occupational diseases (pneumatic hamerdisease, radiculopathy) at the earlier stages, aggravate their course and contribute to their progression, which must be considered when medical preventive measures are taken.

Key words: occupational diseases; polipathy; quality of life.

Корреспонденцию адресовать:

ШПАГИНА Лариса Николаевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: +7-905-916-97-71. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

ШПАГИНА Лариса Николаевна, канд. мед. наук, врач-невролог, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, доктор мед. наук, профессор, проректор по учебной работе, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: fsn42@mail.ru

Information about authors:

SHPAGINA Larisa Nikolaevna, candidate of medical sciences, neurologist, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
FILIMONOV Sergey Nikolaevich, doctor of medical sciences, professor, vice-chancellor of education services, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

За последние годы отмечается рост общей и профессиональной заболеваемости среди рабочих угольной промышленности [1-3]. Формируется она преимущественно за счет болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, костно-мышечной и нервной систем. Одной из основных особенностей заболеваемости шахтеров на современном этапе является увеличение числа «параллельно текущих» или множественных хронических болезней (по-

липатий). Проблема полипатий имеет большое значение для решения вопросов по комплексной оценке состояния здоровья рабочих, организации первичной медико-социальной помощи, определению объема диагностических и лечебно-профилактических мероприятий [4]. Полипатии значительно снижают трудоспособность больных, увеличивая как число случаев, так и количество дней временной нетрудоспособности. Кроме того, полипатии снижают обусловленное здоровьем

качество жизни — интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного [5].

Оценка обусловленного здоровьем качества жизни по анкете SF-36 стала широко использоваться в медицине для контроля над эффективностью лечебно-профилактических мероприятий, при оценке неблагоприятного влияния производственных факторов, а также для оценки профилактических мероприятий и результатов долговременных эффектов реабилитационных программ [5].

Цель исследования — изучить частоты сочетанной патологии (далее полипатии) и ее взаимосвязи с профессиональными заболеваниями и качеством жизни у рабочих угольной промышленности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом сплошной выборки проведен анализ историй болезни шахтеров, из них 160 человек с подозрением на профессиональное заболевание и 1940 больных с профессиональной патологией (вибрационной болезнью, пояснично-крестцовой радикулопатией, вегетосенсорной полинейропатией, нейросенсорной тугоухостью и пневмокониозом), с учетом характера течения профессионального заболевания (стабильное, прогрессивное или регрессирующее), а также 1800 амбулаторных карт горнорабочих угольной промышленности без признаков профзаболеваний. Анализировалась частота диагнозов, установленных в соответствии с кодами Международной статистической классификации болезней (МКБ-10). В зависимости от количества диагностированных заболеваний обследованные были разделены на три группы: лица с одним заболеванием (монозоология), с двумя заболеваниями (бинозология), с тремя и более заболеваниями (мультинозология). Кроме того, определялся индекс полиморбидности (среднее количество заболеваний на 1 обследованного) у лиц с подозрением на профзаболевание, имеющих профпатологию и у горнорабочих без профзаболеваний в различных возрастных группах. Одновременно оценивалось качество жизни у 200 больных с профзаболеваниями (в эту группу вошли 90 шахтеров с пояснично-крестцовой радикулопатией и 110 — с вибрационной болезнью) и у 160 шахтеров аналогичной возрастной группы без профессиональной патологии. Характеристика качества жизни оценивалась при обработке результатов анкеты-опросника SF-36 (русскоязычный вариант). Исследования соответствовали этическим стандартам и проведены с использованием информированного согласия на участие.

При статистической обработке материала были использованы два критерия на достоверность различий: критерий Стьюдента и непараме-

трический U-критерий Манна-Уитни с помощью программы «SPSS» (Лицензия № 20101223_1 от 29.03.2011 г.). Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 2100 проанализированных амбулаторных карт и выписок из историй болезни шахтеров, обследованных в клинике института, сопутствующие хронические неинфекционные заболевания выявлены у 1999 (95,2 %). При этом у лиц с подозрением на профзаболевание они выявлены в 61,9 % случаев, а больных с установленным профессиональным заболеванием — в 97,9 % случаев (различия достоверны). Частота сопутствующих хронических заболеваний нарастала у рабочих с выраженными формами профессиональных заболеваний, особенно с прогрессивным течением.

Среди горнорабочих с профессиональной патологией частота сопутствующих хронических заболеваний в разных возрастных группах была одинаково высокой, при этом преобладала мультинозология, представленная сочетанием трех и более заболеваний по классам МКБ или полипатии (82 %), тогда как сопутствующая монозоология отмечалась лишь в 5 % и бинозология — в 13 % случаев. Из 1591 больных с профессиональными заболеваниями и сопутствующими полипатиями наибольшей была доля лиц с тремя сопутствующими заболеваниями (42 %), на втором месте находились лица с четырьмя сопутствующими заболеваниями (33 %). Доля лиц с числом сопутствующих заболеваний свыше 5 составила 25 %.

Сопоставление биохимических и иммунологических показателей у больных с полиморбидностью показало, что у лиц с моно- или бинозологией наблюдался преимущественно синдром эндотелиальной дисфункции, а у лиц с полипатиями — сочетание метаболического синдрома с синдромом эндотелиальной дисфункции, особенно среди больных с прогрессивным течением профессиональных заболеваний. Установлено, что хронические полипатии способствуют более раннему развитию различных форм профзаболеваний и способствуют прогрессивному течению, что должно учитываться при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Установлено, что степень выраженности хронических полипатий негативно ассоциируется со всеми структурными разделами анкет по оценке качества жизни и свидетельствует о том, что хронические полипатии (особенно случаи с мультинозологией) значительно ухудшают качество жизни пациентов.

Анализ частоты хронических неспецифических заболеваний у 1800 горнорабочих угольных шахт без признаков профессиональной патологии показал более низкую частоту хронических



заболеваний (с преобладанием моно- и бинозологий). Полипатии наблюдались лишь в возрастной группе 46-55 лет, и их уровень был в 2,5 раза ниже, чем у лиц с профессиональными заболеваниями.

Наличие полипатий у шахтеров было связано с недостаточно эффективным лечением острых заболеваний, с очень низкой долей (ниже 20 %) профилактических посещений пациентов в общем объеме поликлинической помощи, с отсутствием определения возбудителя при острых заболеваниях воспалительного характера, что приводит к недостаточному эффекту антибиотикотерапии и хронизации патологического процесса. Обращает на себя внимание рост в последние 10 лет числа лиц с железодефицитными анемиями, йододефицитными состояниями, заболеваниями пищеварительной системы, что, по-видимому, обусловлено дисбалансом пищевого рациона. Отмечен рост количества посттравматических заболеваний опорно-двигательного аппарата и функциональных расстройств центральной нервной системы в виде астено-невротических состояний, депрессий, психосоматических расстройств.

При оценке обращаемости шахтеров за амбулаторной медицинской помощью установлено преобладание заболеваний органов дыхания, пищеварения и костно-мышечной системы. При этом можно отметить низкую настороженность цеховых терапевтов и неврологов в отношении выявления ранних форм профессиональной патологии, о чем свидетельствует большой удельный вес больных с хроническими бронхитами, пояснично-крестцовыми радикулопатиями, заболева-

ниями опорно-двигательного аппарата, которые в течение многих лет не направляются для обследования в профцентры.

Для профилактики развития хронических заболеваний считаем целесообразным ввести материальное стимулирование врачей за увеличение числа здоровых лиц на предприятии, за ликвидацию вредных привычек у шахтеров, за улучшение выявляемости профессиональных заболеваний на ранних стадиях и за уменьшение количества полипатий.

ВЫВОДЫ:

1. Хронические неинфекционные заболевания выявляются у 95,2 % шахтеров: у лиц с подозрением на профпатологию — в 61,9 % случаев, а при установленном профессиональном заболевании — в 97,9 % случаев.
2. У 82 % обследованных выявлены полипатии, особенно у шахтеров с прогрессивным течением профессиональной болезни. Из 1591 больного с профессиональной патологией 42 % составили лица с тремя сопутствующими заболеваниями, 33 % — с четырьмя и 25 % шахтеров имели свыше пяти сопутствующих заболеваний.
3. Хронические полипатии приводят к раннему развитию профзаболеваний и способствуют их прогрессивному течению, что значительно ухудшает качество жизни пациентов.
4. В структуре обращаемости за амбулаторной медицинской помощью у шахтеров преобладают заболевания органов дыхания, пищеварения и костно-мышечной системы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жеглова, А.В. Профессиональный риск и критерии нарушения здоровья работников горнорудной промышленности /Жеглова А.В. //Медицина труда. — 2009. — № 5. — С. 14-18.
2. Измеров, Н.Ф. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг.: пути и перспективы реализации /Измеров Н.Ф. //Медицина труда. — 2008. — № 6. — С. 2-8.
3. Шпагина, Л.Н. Вибрационная болезнь у работников угольных предприятий Кузбасса: особенности клиники и характер течения /Шпагина Л.Н., Захаренков В.В., Филимонов С.Н. //Фундаментальные исследования. — 2012. — № 10. — С. 153-156.
4. Аскарова, З.Ф. Оценка профессионального риска нарушений здоровья рабочих горно-обогатительного комбината /Аскарова З.Ф., Денисов Э.И., Карамова Л.М. //Медицина труда. — 2009. — № 12. — С. 12-16.
5. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине: 2-е издание /Новик А.А., Ионова Т.И. /под редакцией Ю.Л. Шевченко. — М., 2007. — 320 с.



ЯМЩИКОВА А.В., ФЛЕЙШМАН А.Н., ШАЦКИХ Н.А.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний» СО РАМН,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2
Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ТОНКИХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИ КОНТАКТЕ С ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВИБРАЦИЕЙ

Цель исследования – изучить типы и выраженность вегетативно-метаболических расстройств при вибрационной болезни на основе анализа variability ритма сердца для оптимизации процессов терапии и профилактики.

Материалы и методы. Обследованы 47 пациентов в возрасте 40-60 лет, имевших контакт с производственной вибрацией в течение многих лет. Собраны жалобы, анамнестические данные о профмаршруте и соматических заболеваниях, данные объективного исследования. Инструментальные методы включали анализ variability ритма сердца, электронейромиографическое исследование.

Результаты. У большинства обследованных обнаружено поражение вегетативных волокон (снижение парасимпатической активности – HF – high frequency) – 39 чел. (83 %) с формированием различной степени энергодифицитных состояний. У 8 пациентов из 47 (17 %) определены гиперадаптивные состояния (увеличение VLF – very low frequency), что указывает на наличие вегетативно-метаболических расстройств центрального уровня.

Заключение. Показана важная роль анализа variability ритма сердца, простота и неинвазивность данного метода исследования поражения тонких вегетативных волокон при длительном контакте с вибрацией. Выделены группы разнонаправленных вегетативно-метаболических нарушений, что является определяющим не только в процессе терапии, но и в оценке прогноза.

Ключевые слова: тонкие нервные волокна; профессиональные полинейропатии; нервные волокна; анализ variability ритма сердца; вибрационная болезнь; нейропатия тонких волокон.

YAMSHCHIKOVA A.V., FLEISHMAN A.N., SHATSKIY N.A.
FSBI «Research institute for complex problems of hygiene and occupational diseases» SB RAMS,
City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk

ANALYSIS OF HEART RATE VARIABILITY IN DIAGNOSIS OF PERIPHERAL NERVOUS AUTONOMIC SMALL FIBERS DISORDERS IN CONTACT WITH THE INDUSTRIAL VIBRATION

The purpose of the study – to research the types and severity of autonomic - metabolic disorders based on analysis of heart rate variability in vibration disease for optimization of treatment processes and prevention.

Materials and methods. Surveyed 47 patients aged 40 to 60 years old, who had a contact with an industrial vibration within many years. Collected complaints, anamnestic data about professional route and somatic diseases, and the data of objective research. The instrumental checkup included the analysis of heart rate variability, electroneuromyographic study.

Results. According to heart rate variability in the vast majority were revealed lesions of autonomic fibers (decrease of parasympathetic activity – HF – high frequency) – 39 subjects (83 %) with the formation of different degree of energy-deficiency states. In 8 of 47 subjects (17 %) were defined hyperadaptive states (increase of VLF – very low frequency) that indicates the presence of autonomic-metabolic disorders of central level.

Conclusion. Shown an important role of the analysis of heart rate variability, it's simplicity and non-invasive in research thin autonomic fibers disorders in the vibration disease. Was selected groups of different autonomic - metabolic disorders, which is crucial not only in the process of therapy, but also in the assessment of prognosis.



Key words: thin nervous fibers; professional polyneuropathy; autonomic small-fibers; heart rate variability; vibration disease; small-fiber neuropathy.

Корреспонденцию адресовать:

ЯМЩИКОВА Анастасия Валерьевна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова 23,
Тел.: 8 (3843) 79-66-53; +7-950-265-37-89. E-mail: anastyam@bk.ru

Сведения об авторах:

ЯМЩИКОВА Анастасия Валерьевна, аспирант, лаборатория физиологии медленных волновых процессов, ФГБУ «НИИ КПППЗ» СО РАМН; врач-невролог, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ФЛЕЙШМАН Арнольд Наумович, доктор мед. наук, профессор, руководитель лаборатории физиологии медленных волновых процессов, ФГБУ «НИИ КПППЗ» СО РАМН, г. Новокузнецк, Россия.

ШАЦКИХ Надежда Александровна, канд. мед. наук, зав. отделением функциональной диагностики, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

YAMSHCHIKOVA Anastasiya Valerievna, aspirant, laboratory of physiology of slow wave processes, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases; doctor-neurologist, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

FLEISHMAN Arnold Naumovich, doctor of medical sciences, professor, head of the laboratory of physiology of slow wave processes, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: anf937@mail.ru

SHATSKIN Nadezda Aleksandrovna, candidate of medical sciences, head of the department of functional diagnostics, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Вибрационная болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре профпатологии в РФ и является частой причиной временной и стойкой утраты трудоспособности населения, что определяет социальную значимость этой проблемы [1].

Вибрационная болезнь — это профессиональное заболевание с полиморфной симптоматикой, затрагивающей все органы и системы организма, основным этиологическим фактором является производственная вибрация [2].

Исследования показывают, что вибрация затрагивает фундаментальные основы жизни клетки: размножение, способность к репарации, резистентность, ферментативные свойства и др. морфофизиологические процессы [3]. Наибольшее ее влияние распространяется на нервную, сосудистую и костную системы.

Установлено, что вибрация прежде всего способна вызывать нарушение вегетативно-сосудистой регуляции на разных уровнях, включая вегетативные центры спинального уровня и ретикулярную формацию ствола [2]), а также надсегментарные вегетативные структуры (лимбико-ретикулярный комплекс, гипоталамус) [4], что в конечном итоге приводит к повышению тонуса симпатического отдела ВНС (вегетативной нервной системы) на сегментарном уровне и вызывает вазоспазм, при этом в парасимпатическом отделе возникает депрессия [4]. Параллельно с нарушениями в вегетативных центрах вибрация приводит к повреждению эндотелия мелких со-

судов, что сопровождается высвобождением эндотелина и тромбоспандина А2, которые вызывают вазоконстрикцию без регулирующего влияния со стороны вегетативных структур сегментарного и надсегментарного уровня [5, 6].

При вибрационной болезни страдают проводящие волокна нервной системы, причем разных видов: в первую очередь толстые волокна (проводники глубокой чувствительности), что легко можно выявить при помощи ЭНМГ (электронейромиографии), а также тонкие волокна (вегетативные), которые остаются за пределами возможностей ЭНМГ. Поражение тонких волокон можно определить при помощи биопсии кожи [7] — инвазивно, при конфокальной микроскопии роговицы, количественных сенсорных тестов, но наиболее простым и неинвазивным методом определения поражения тонких вегетативных волокон является анализ вариабельности ритма сердца.

Сердце не имеет другой иннервации, кроме вегетативной, следовательно, при поражении вегетативных волокон — это первый орган, попадающий под удар. Наиболее грозным осложнением вегетативной дисфункции является безболевая ишемия и инфаркт миокарда, а соответственно и риск внезапной сердечной смерти [9]. Поэтому очень важным является диагностика степени нарушения вегетативной регуляции. При вегетативной дисфункции нарушается баланс между симпатическими и парасимпатическими влияниями на сердечный ритм, снижается его вариабельность, вплоть до появления фиксиро-

ванного пульса, что при анализе variability ритма сердца проявляется снижением дыхательных ритмов — HF (High frequency — показатель парасимпатической активности). С другой стороны вибрация, как было уже сказано, влияет на ферментативные свойства клетки, что в свою очередь приводит к нарушениям метаболических и энергетических процессов клетки и всего организма в целом. Усиление волновых процессов большого периода (VLF — very low frequency) может выявить изменения гипоталамо-гипофизарного уровня, что в норме может наблюдаться в пубертатном и климактерическом периодах [10, 11].

Вклад различных патогенетических механизмов развития вибрационной болезни до сих пор остается малоизученным вопросом. При обследовании пациентов широко используется ЭНМГ для получения данных о поражении сенсо-моторных нервных волокон, но никак не исследуется поражение вегетативных волокон, не учитывается уровень вегетативных, метаболических нарушений, не оценивается их степень и направленность. Тогда как представление о типе и степени нарушений данных звеньев патогенеза облегчает выбор наиболее оптимальной терапии.

Цель исследования — комплексное изучение степени и направленности вегетативно-метаболических расстройств на основе анализа variability ритма сердца при вибрационной болезни с целью оптимизации процессов терапии и профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 47 пациентов клиники ФГБУ «НИИ КППЗ» СО РАМН в возрасте от 40 до 60 лет. Все обследованные имели контакт с производственной вибрацией в течение десятков лет. Большинству пациентов (29 чел.) уже был ранее установлен диагноз вибрационной болезни 1-2 ст. (22 чел. — 1 ст., 7 чел. — 1-2 ст.), 18 чел. обследованы в клинике с подозрением на вибрационную болезнь.

Исключались из исследования пациенты с травматическими повреждениями исследуемых нервов в анамнезе, при сопутствующем сахарном диабете или сердечными аритмиями, с установленным водителем ритма, а также имеющие кожные поражения в местах исследования.

Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании, которое соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета.

Методы:

1. Общеклиническое обследование (сбор жалоб, анамнеза, осмотр);
2. Анализ variability ритма сердца — это достаточно простой и неинвазивный метод

оценки вегетативных и метаболических нарушений.

Использование при анализе ВРС проб малой интенсивности (счет в уме, углубленное дыхание) позволяет выявить реактивность и резервы нейро-вегетативных регуляторных систем. Реактивность соответствует степени центральных вегетативных дисфункций, а на периферии — особенностям тканевой гипоксии и местного метаболизма. Многообразие адаптивных процессов в качественном и количественном выражении в определенной степени прогнозирует поведение метаболических и нейровегетативных систем в условиях реальной стрессовой ситуации [10], особое значение тут приобретает ареактивность. Реактивность и резервы тесно связаны с понятиями адаптивность, гомеостаз. Наиболее низкие резервы наблюдаются у лиц с низкой реактивностью и ареактивностью и разрушением реципрокных взаимоотношений между LF и HF [10].

При регистрации variability ритма сердца использовалась 5-ступенчатая методика, описанная А.Н. Флейшманом в 1999 г.: 1 этап — исходное состояние (спокойное бодрствование); 2 этап — умственная нагрузка (счет в уме); 3 этап — восстановление; 4 этап — дыхательная нагрузка (углубленное диафрагмальное дыхание); 5 этап — восстановление.

Анализу подвергаются временные параметры: ЧСС, средняя RR, стандартные отклонения RR; частотно-спектральные параметры: VLF (very low frequency), LF (low frequency), HF (high frequency), выделенные с помощью быстрого преобразования Фурье; нелинейные феномены: фазовые портреты, детрентный флюктуационный анализ (DFA), аппроксимированная энтропия (ApEn).

Электронейромиографическое исследование — для выявления нарушений проведения импульса по периферическим миелинизированным волокнам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованы 47 пациентов, имевших по роду деятельности контакт с производственной вибрацией, в возрастном промежутке 40-60 лет, что в среднем составило 52,9 лет. Стаж работы в условиях воздействия производственной вибрации варьировал от 17 лет до 41 года. Из них, 6 человек (12,5 %) к настоящему времени выведены из вредных условий труда, остальные продолжают работать в условиях воздействия производственной вибрации.

По результатам анализа variability ритма сердца у подавляющего большинства обследованных 39 чел. (83 %) было выявлено разной степени снижение уровня мощности HF. Здесь обозначились 2 группы пациентов: 1 группа — легкие степени снижения HF при нормальных



значениях других спектров и аппроксимированной энтропии, с сохранной или слегка сниженной реактивностью, симпатикотония) — 18 чел. (38 % от всех обследованных). При патогенетической терапии, учитывающей уровень и характер вегетативных нарушений данная группа пациентов имеет благоприятный прогноз.

2 группа — выраженное снижение HF, а также других спектров (снижена энергетика всех спектров, снижены значения аппроксимированной энтропии, снижена реактивность, симпатикотония) — 21 чел. (45 % от общего числа обследованных). Это прогностически неблагоприятная группа [10]. Риск осложнений в данной группе очень велик (безболевого ишемия миокарда, инфаркт миокарда и т.д.).

У 8 пациентов из 47 (17 %) были выявлены гипердаптивные изменения спектров (повышение VLF). Наличие таких изменений указывает на наличие вегетативных нарушений более высокого уровня — центральная вегетативная дисфункция (на гипоталамо-гипофизарном уровне), что требует совершенно другого подхода к лечению данных пациентов [10, 11]. Обычно назначаемая метаболическая, нейротрофическая терапия здесь будет недостаточно эффективна. Эти пациенты нуждаются в назначении препаратов центрального механизма действия (седативные, противосудорожные).

Таким образом, при контакте с производственной вибрацией более 15 лет в 83 % случаев развиваются поражения вегетативных волокон, причем 45 % от общего числа — это выраженные пора-

жения. Во всех случаях выраженных энергодефицитных состояний контакт с производственной вибрацией составлял более 20 лет. Однако, большинство из этих пациентов 12 чел. из 21 (57 %) продолжают работать в контакте с вредным фактором.

Нарушения проведения по миелинизированным волокнам (сенсорным и/или моторным) обнаруживались в 100 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном исследовании показана важная роль изучения поражений при вибрационной болезни разных волокон нервной системы, как миелинизированных, так и немиелинизированных, что часто не учитывается при назначении терапии и экспертизе трудоспособности. ЭНМГ — метод исследования, позволяющий изучить степень и тип поражения толстых миелинизированных сенсо-моторных волокон. На основе же анализа вариабельности ритма сердца возможно получить дополнительную информацию о степени и типе поражения вегетативных тонких волокон, данный метод является простым в исполнении и что немаловажно неинвазивным. В исследовании выделены группы пациентов с разнонаправленными вегетативно-метаболическими расстройствами, требующими разных подходов к лечению.

Благодаря полученным совокупным данным можно оптимизировать терапию и дополнить данные, необходимые для решения вопроса о трудоспособности пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Локальная вибрация и риск вибрационной болезни. Профессиональный риск для здоровья работников: рук. /Суворов Г.А., Денисов Э.И., Прокопенко Л.В. и др. — М., 2003. — С. 125-134.
2. Артамонова, В.Г. Профессиональные болезни: учебник; 4-е изд., перераб. и доп. /Артамонова В.Г., Мухин Н.А. — М., 2004. — 480 с.
3. Романов, С.Н. Биологическое действие вибрации и звука: Парадоксы и проблемы XX века /Романов С.Н. — Л., 1991. — 158 с.
4. Gemne, G. Pathophysiology of white fingers in workers using hand-held vibration tools /Gemne G. //Nagoya. J. Med. Sci. — 1994. — V. 57, N 5. — P. 87-97.
5. The role of the higher center of the autonomic nervous system in Raynaud's phenomenon in vibration disease /Matoba T., Kusumoto H., Mae H. et al. //A.N. (Tokyo). — 1977. — V. 14. — P. 76-80.
6. Matoba T. Pathophysiology and clinical picture of hand-arm vibration syndrome in Japanese workers /Matoba T. //Nagoya. J. Med. Sci. — 1994. — V. 57, N 5. — P. 19-26.
7. Левин, О.С. Полинейропатии: клинич. рук. /Левин О.С. — М., 2005. — 496 с.
8. Команцев, В.Н. Методические основы клинической электронейромиографии: рук. для врачей /Команцев В.Н. — СПб., 2006.
9. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение /Вейн А.М. М., 2003. — 752 с.
10. Флейшман, А.Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике /Флейшман А.Н. — Новосибирск, 1999. — 264 с.
11. Флейшман, А.Н. Вариабельность ритма сердца и медленные колебания гемодинамики: нелинейные феномены в клинической практике: 2-е изд., испр. и доп. /Флейшман А.Н. — Новосибирск, 2009. — 194 с.



ИВАНОВ О.О., ЧУРЛЯЕВ Ю.А., ЛУКАШЕВ К.В., ФРОЛОВА Н.П.,
РУДЕНКОВА О.В., ЖЕСТИКОВА М.Г., РАЙХ А.В.

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
МБЛПУ «Зональный перинатальный центр»,
г. Новокузнецк

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ КОМАХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОСТРЫМ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Целью исследования было изучить состояние мозгового кровообращения и центральной гемодинамики при коммах, обусловленных острым геморрагическим инсультом.

Было проведено продолжительное одновременное исследование инвазивной центральной гемодинамики, внутричерепного давления и доплерографическое измерение мозгового кровотока у 37 пациентов в коммах, обусловленных геморрагическим инсультом. Повышенное внутричерепное давление сопровождалось повышением общего периферического сосудистого сопротивления, периферического сопротивления в средней мозговой артерии на стороне поражения в течение всего периода исследования. Таким образом, реакция центральной и церебральной гемодинамики была направлена на поддержание адекватной церебральной перфузии.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения; геморрагический инсульт; комы; мозговой кровоток; центральная гемодинамика.

IVANOV O.O., CHURLIAEV Y.A., LUKASHEV K.V., FROLOVA N.P.,
RUDENKOVA O.V., ZHESTIKOVA M.G., RAJH A.V.

City Clinical Hospital N 1,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine,
City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious,
Zonal Perinatal Center, Novokuznetsk

FUNCTIONAL CONDITION OF CENTRAL AND CEREBRAL HEMODYNAMIC IN PATIENTS WITH COMA CAUSED BY ACUTE HEMORRHAGIC STROKE

The aim of study was to evaluate the functional condition of central hemodynamic and cerebral blood flow in acute hemorrhagic stroke comatose patients.

The continues simultaneous assessment of invasive central hemodynamic and intracranial pressure (ICP), transcranial Doppler measurement of cerebral hemodynamic was performed in 37 comatose hemorrhagic stroke patients on 1, 3, 5 and 7th day of acute period. During the whole period of the study systemic vascular resistance and vascular resistance in middle cerebral artery on the stroke side were elevated against the background of elevated intracranial pressure and mean arterial pressure. The reaction of central hemodynamic was aimed to provide an adequate cerebral perfusion.

Key words: acute stroke; hemorrhagic stroke; comas; cerebral blood flow; central hemodynamic.

Корреспонденцию адресовать:

ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна,
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5,
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России.
Тел: 8 (3843) 45-48-73; 45-42-19. E-mail: postmaster@rambler.ru

Сведения об авторах:

ИВАНОВ Олег Олегович, врач ультразвуковой диагностики, неврологическое отделение, МБЛПУ «ГКБ № 1», г. Новокузнецк, Россия.



ЧУРЛЯЕВ Юрий Алексеевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии-реаниматологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

ЛУКАШЕВ Константин Владимирович, канд. мед. наук, врач анестезиолог-реаниматолог, отделение реанимации новорожденных, МБЛПУ «ЗПЦ», г. Новокузнецк, Россия.

ФРОЛОВА Наталья Петровна, врач-рентгенолог, зав. отделением лучевой диагностики, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

РУДЕНКОВА Ольга Валерьевна, канд. мед. наук, зав. неврологическим отделением, МБЛПУ «ГКБ № 1», г. Новокузнецк, Россия.

ЖЕСТИКОВА Марина Григорьевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой медицинской реабилитации и рефлексотерапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

РАЙХ Александр Викторович, зам. главного врача по поликлинической части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

IVANOV Oleg Olegovich, doctor of ultrasonic diagnostics, neurological department, City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia.

CHURLYAEV Yuriy Alekseevich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of anesthesiology and resuscitation, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

LUKASHEV Konstantin Vladimirovich, candidate of medical sciences, anesthesiologist-resuscitator, neonatal intensive care department, Zonal Perinatal Center, Novokuznetsk, Russia.

FROLOVA Natalya Petrovna, doctor-radiologist, head of the department of radiology, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

RUDENKOVA Olga Valerievna, candidate of medical sciences, head of the neurological department, City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia.

ZHESTIKOVA Marina Grigorievna, candidate of medical sciences, docent, head of the department of medical rehabilitation and reflexotherapy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

RAJH Aleksandr Viktorovich, deputy chief medical officer for polyclinic part, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Острые нарушения мозгового кровообращения, являются одной из ведущих причин инвалидизации населения в мире. Смертность при комах, развившихся в результате инсульта, составляет более 80 %, что связано с первичной тяжестью состояния, сочетанными нарушениями мозгового кровообращения и центральной гемодинамики в патогенезе ком.

Известно, что изменения гемодинамики в острый период инсульта несут характер сочетанной дисфункции в виде нарушений мозгового кровообращения, нарушений насосной функции сердца и периферического сосудистого сопротивления [1].

Внутричерепная гипертензия является основной причиной неблагоприятных исходов у пациентов с геморрагическими инсультами.

Важнейшей задачей при лечении пациентов в коме, обусловленной инсультом, является обеспечение нормального уровня церебрального перфузионного давления. В литературе существуют лишь единичные работы, посвященные исследованию влияния медикаментозной терапии на состояние мозгового кровообращения при комах, обусловленных ишемическим и геморрагическим инсультом. Важное значение для нейрореаниматологии имеет понимание принципов медикаментозной коррекции параметров центральной гемодинамики с целью улучшения перфузии мозга [2].

Цель исследования — изучить состояние мозгового кровообращения и центральной гемодинамики при комах, обусловленных острым геморрагическим инсультом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 37 пациентов в коме, обусловленной геморрагическим инсультом, которым проводилась стандартная комплексная терапия инсульта. Из них 23 мужчины и 14 женщин. Средний возраст составил $62 \pm 1,3$ года.

Критериями включения пациентов в исследование были острейший период ишемического и геморрагического инсульта, а так же степень утраты сознания по шкале комы Глазго 8 баллов и менее. Из исследования были исключены пациенты с декомпенсированной формой любых заболеваний сердечно-сосудистой системы, с окклюзиями магистральных артерий шеи и каротидными стенозами ≥ 50 % (обнаруженными при проведении цветового дуплексного сканирования и оцененными NASCET-методом), пациенты с неудовлетворительным транстемпоральным эхо-окном и невозможностью регистрации кровотока в средней мозговой артерии на стороне инсульта. Пациенты с показаниями для оперативного лечения инсульта, гнойно-септическими осложнениями и тромбоэмболией легочной артерии в первую неделю от момента развития инсульта были так же исключены из исследования.



У всех пациентов на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки от момента развития инсульта методом транскраниального дуплексного сканирования (ТКЦДС) регистрировали показатели кровотока в средней мозговой артерии (СМА) на стороне инсульта на ультразвуковом диагностическом сканере Toshiba Xario при помощи секторного датчика 2,5 МГц. Измеряли пиковую систолическую, конечную диастолическую и среднюю по времени максимальную скорости кровотока. Рассчитывали индексы сосудистого сопротивления - индекс пульсативности и индекс резистентности. Индекс пульсативности рассчитывали по формуле: $PI = (V_{ps} - V_{ed}) / TAMX$, где PI - индекс пульсативности, V_{ps} - пиковая систолическая скорость кровотока, V_{ed} - конечная диастолическая скорость кровотока, $TAMX$ - средняя по времени максимальная скорость кровотока. Индекс резистентности рассчитывали по формуле: $RI = (V_{ps} - V_{ed}) / V_{ps}$, где RI - индекс резистентности, V_{ps} - пиковая систолическая скорость кровотока, V_{ed} - конечная диастолическая скорость кровотока. В качестве нормы показателей кровотока в СМА рассматривали значения $TAMX$ 42-83 см/с, PI - 0,6-1,1 у.е., RI - 0,42-0,61 у.е. [3]. Измеряли инвазивное внутричерепное давление на стороне поражения (ВЧД) датчиком внутричерепного давления «Codman» и рассчитывали церебральное перфузионное давление по общепринятой формуле: $ЦПД = САД - ВЧД$. Исследование состояния центральной гемодинамики проводилось непрерывно инвазивным термодюлюционным методом с помощью монитора «PiCCOpus». Измеряли САД, СИ и ИОПСС. В качестве нормы рассматривали значения САД 70-105 мм рт. ст., СИ - 2,8-4,2 л/мин $\times$ м², ИОПСС 1970-2390 дин $\times$ см $\times$ с⁻⁵ [3, 4].

Измерение ВЧД проводили вне времени специальных лечебных манипуляций, в течение стабильных периодов, когда пациент не проявлял возбуждения или двигательной активности. Оценка ВЧД производилась одновременно с исследованием кровотока в СМА и регистрацией показателей центральной гемодинамики. Церебральное перфузионное давление рассчитывали после инвазивной оценки САД, где ЦПД - церебральное перфузионное давление, САД - среднее артериальное давление, ВЧД - внутричерепное давление. В качестве нормы рассматривали значения ВЧД 8-15 мм рт. ст., ЦПД - 60-100 мм рт. ст. [5].

В качестве показаний для инвазивного измерения ВЧД и САД выступали: степень утраты сознания 8 баллов и менее по шкале ком Глазго, крайне тяжелое состояние пациентов, необходимость мониторинга показателей центральной гемодинамики с целью коррекции объема переливаемых инфузионных сред, а так же необходимость

непрерывного мониторинга ВЧД для диагностики и интенсивной терапии внутричерепной гипертензии [3].

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Полученные результаты показывают, что на фоне стандартной интенсивной терапии, 1-я неделя от момента развития геморрагического инсульта характеризуется нормальными показателями средней скорости кровотока в СМА на стороне инсульта, стабильно высокими (по сравнению с нормативными) значениями индекса пульсативности в течение 1-й недели, увеличенными (по сравнению с нормативными) значениями индекса резистентности в течение 1-й недели (наибольшими на 3-и сутки), а также внутричерепной гипертензией в течение 1-й недели (наибольшей на 3-и сутки). В то же время, церебральное перфузионное давление в течение 1-й недели оставалось в диапазоне нормы, с наибольшими значениями на 5-е сутки.

Среднее артериальное давление в 1-ю неделю от момента развития геморрагического инсульта, на фоне стандартной интенсивной терапии, укладывалось в нормальный диапазон, с наибольшими значениями в 1-е сутки. Значения СИ в 1-е сутки острейшего периода геморрагического инсульта были ниже нормативных, однако, в последующие дни значения СИ соответствовали нормативным, с наибольшими значениями на 3-и сутки. В то же время, ИОПСС в 1-ю неделю острейшего периода геморрагического инсульта в бассейне СМА превышало верхнюю границу нормы, с наибольшими значениями на 1-е сутки.

Нормальные показатели средней скорости кровотока в СМА на стороне геморрагического инсульта в 1-ю неделю от момента развития инсульта свидетельствовали о достаточном притоке крови по крупным артериальным ветвям и сопровождалась нормальными значениями церебрального перфузионного давления в этот период.

Увеличение индексов пульсативности и резистентности в М1 сегменте СМА в 1-ю неделю от момента развития геморрагического инсульта свидетельствовало о повышении периферического сосудистого сопротивления в бассейне СМА в этот период. Повышение периферического сосудистого сопротивления в бассейне СМА было связано со значительным повышением внутричерепного давления и было направлено на ограничение объемного мозгового кровотока и поддержание адекватной перфузии мозга. Внутричерепная гипертензия могла быть следствием образования гематомы и прогрессирования дислокационного синдрома [6].

Повышение периферического сосудистого сопротивления в бассейне СМА можно рассма-



тривать в качестве проявления ауторегуляции мозгового кровообращения. Однако, состояние сосудистого сопротивления в течение 1-й недели от момента развития геморрагического инсульта характеризовалось стабильностью, но несбалансированностью. Так, значимое снижение внутричерепного давления на 5-е и 7-е сутки по сравнению с 3-ми на фоне стабильных нормальных значений САД не сопровождалось значимым уменьшением значений индекса пульсативности в этот период.

Нормальные значения САД в 1-ю неделю от момента развития геморрагического инсульта, свидетельствовали об адекватной компенсаторной реакции центральной гемодинамики, направленной на поддержание адекватного церебрального перфузионного давления. Более низкие значения САД на 3-и, 5-е и 7-е сутки по сравнению с 1-ми сутками могли быть связаны с проводимой интенсивной терапией, направленной на профилактику увеличения размеров гематомы [7].

ВЫВОДЫ:

При комах, обусловленных геморрагическим инсультом сосудистое сопротивление в средней мозговой артерии на стороне поражения в течение 1-й недели от момента развития инсульта стабильно повышено.

Комы, обусловленные геморрагическим инсультом характеризуется нормальной скоростью кровотока в средней мозговой артерии на стороне поражения нормальным церебральным перфузионным давлением, нормальным средним артериальным давлением, увеличенным общим периферическим сосудистым сопротивлением, стабильно высоким внутричерепным давлением и нестабильным состоянием насосной функции сердца.

Сосудистое сопротивление в средней мозговой артерии на стороне геморрагического инсульта в течение 1-й недели от момента развития инсульта стабильно повышено, а направленность изменений сосудистого сопротивления соответствует направленности изменений внутричерепного давления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Jakubovic, R. Intracerebral Hemorrhage: Toward Physiological Imaging of Hemorrhage Risk in Acute and Chronic Bleeding /R. Jakubovic, R.I. Aviv //Front. Neurol. – 2012. – V. 3. – P. 86.
2. Куликов, В.П. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний: руков. для врачей /В.П. Куликов. – 2-е изд. – М., 2011. – 512 с.
3. Wira, C.R. The Impact of Cardiac Contractility on Cerebral Blood Flow in Ischemia /C.R. Wira, E. Rivers, B. Silver //West J. Emerg. Med. – 2011. – V. 12, N 2. – P. 227-232.
4. Ginsberg, M.D. Neuroprotection for ischemic stroke: past, present and future /M.D. Ginsberg //Neuropharm. – 2008. – V. 55, N 3. – P. 363-389.
5. Powers, W.J. Intracerebral Hemorrhage and Head Trauma: Common Effects and Common Mechanisms of Injury /W.J. Powers //Stroke. – 2010. – V. 41, N 10. – P. 107-110.
6. Wolfe, T.J. Management of Intracranial Pressure /T.J. Wolfe, M.T. Torbey //Current Neurology and Neuroscience Reports. – 2009. – V. 9. – P. 477-485.
7. Alexandrov, A.V. Cerebrovascular Ultrasound in Stroke Prevention and Treatment. Second Edition /A.V. Alexandrov. – Wiley-Blackwell, 2007. – P. 55.





КАШИРИНА Е.Ж., ГЕРУС А.Ю., БРЫЗГАЛИНА С.М., ФИЛАТОВА Т.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г.
*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк*

АКТУАЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛИКЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Проблема гестационного сахарного диабета (ГСД) находится в центре особого внимания терапевтов, эндокринологов, гинекологов, в связи с тем, что высок риск акушерских осложнений, а также сахарного диабета 2 типа у матери и потомства в будущем. Настоящее исследование отражает возможности суточного мониторинга гликемии у беременных с факторами риска ГСД.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет; суточное мониторирование гликемии.

KASHIRINA E.ZH., GERUS A.YU., BRYZGALINA S.M., FILATOVA T.V., LUKASHEVICH G.G.
*Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine,
City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious,
Novokuznetsk*

THE RELEVANCE OF CONTINUOUS MONITORING OF BLOOD GLUCOSE IN PREGNANT WOMEN WITH RISK FACTORS FOR GESTATIONAL DIABETES

The problem of gestational diabetes is located in the center of attention of physicians, endocrinologists, gynecologists, due to the fact that the high risk of obstetric complications, and diabetes mellitus type 2 in the mother and offspring in the future. The present study reflects the possibility of daily monitoring of blood glucose in pregnant women with risk factors for GDM.

Key words: gestational diabetes; daily monitoring of blood glucose.

Корреспонденцию адресовать:

ФИЛАТОВА Татьяна Владимировна
654041, г. Новокузнецк, пр. Кузнецкстроевский, 34,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 46-49-92. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

КАШИРИНА Евгения Жоржовна, ассистент, кафедра эндокринологии и диабетологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
ГЕРУС Анна Юрьевна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра эндокринологии и диабетологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
БРЫЗГАЛИНА Светлана Михайловна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой эндокринологии и диабетологии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
ФИЛАТОВА Татьяна Владимировна, врач акушер-гинеколог, зав. женской консультацией № 1, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ЛУКАШЕВИЧ Георгий Георгиевич, врач высшей категории, засл. врач РФ, отличник здравоохранения, главный врач, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

KASHIRINA Evgeniya Zhorzhovna, assistant, department of endocrinology and diabetology, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
GERUS Anna Yurievna, candidate of medical sciences, assistant, department of endocrinology and diabetology, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
BRYZGALINA Svetlana Mihailovna, doctor of medical sciences, professor, head of the department of endocrinology and diabetology, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.



FILATOVA Tatiana Vladimirovna, obstetrician-gynecologist, head of the antenatal clinic, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

LUKASHEVICH Georgij Georgievich, doctor of higher category, honoured doctor of the Russian Federation, excellence in health care, chief medical officer, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

В настоящее время распространенность ГСД во всем мире неуклонно растет и в общей популяции разных стран варьирует от 1 % до 14 %, составляя в среднем 7 % [2].

Как известно, физиологически протекающая беременность вызывает нарушения действия инсулина с развитием инсулинорезистентности за счет диabetогенного влияния плацентарных гормонов и прогестерона, особенно во втором и третьем триместре беременности. У женщин с избыточной массой тела риск развития ГСД увеличивается в 2-6,5 раз, при ожирении эти показатели еще выше. На женщин с ожирением приходится 1/3 всех случаев ГСД. Заболевание в свою очередь увеличивает риск возникновения сахарного диабета 2 типа, который, согласно имеющимся данным, развивается у 35 % женщин через 15 лет после родов [2].

Доказано, что повышение гликемии во время беременности коррелирует с макросомией плода (более 4000 г) и повышает риск нарушения углеводного обмена у потомства. Дети, рожденные от матерей с сахарным диабетом имеют риск врожденных пороков развития около 6-12 % [3].

Практически ежегодно диabetологические ассоциации представляют новые критерии диагностики ГСД. Так, в 2012 году в Российской Федерации принят национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение», на основании которого ГСД диагностируют при гликемии натощак $\geq 5,1$, но $< 7,0$, через 1 час после еды $\geq 10,0$, а через 2 часа $\geq 8,5$ (ммоль/л).

Несмотря на кажущуюся простоту и четкость диагностики заболевания, врач амбулаторной сети не всегда может воспользоваться данными критериями. Это происходит, главным образом, из-за определенных технических трудностей, а именно, правил забора крови, рекомендованных консенсусом. Забор крови производится в холодную пробирку (лучше вакуумную), содержащую консерванты: фторид натрия (6 мг на 1 мл цельной крови) как ингибитор энзимов для предотвращения спонтанного гликолиза, а также EDTA или цитрат натрия как антикоагулянты. Пробирка помещается в воду со льдом. Затем немедленно (не позднее ближайших 30 минут) кровь центрифугируется для разделения плазмы и форменных элементов. Плазма переносится в другую пластиковую пробирку. В этой биологической жидкости и производится определение уровня глюкозы [1].

В соответствии с рекомендациями консенсуса, изменения коснулись и сроков проведения глюкозотолерантного теста. Целесообразно проведение

его на 24-26 неделе беременности, и только лишь в исключительных случаях (высокий риск ГСД, размеры плода по данным УЗ-таблиц внутриутробного роста ≥ 75 перцентиле, УЗ-признаки диабетической фетопатии) до 32 недели [1].

Уже неоднократно отмечалось, что «за кадром» глюкозотолерантного теста остается больше 70 % времени суток — сон, работа, обычная повседневная нагрузка, а некоторые исследователи вообще называют эту методику «крайне анахроничной». Для решения данной проблемы современные медицинские технологии предлагают приборы суточного мониторирования глюкозы (CGMS). Принцип работы приборов — мониторирование глюкозы интерстициальной жидкости. Безусловно, из-за своей дороговизны данная методика не является рутинным диагностическим методом. Однако, при рациональном использовании бюджетных средств больниц, включение стоимости CGMS в родовой сертификат, а также включение стоимости диагностики в стандарты оказания помощи беременным женщинам, можно решить эту проблему.

Очевидным плюсом непрерывного мониторирования является возможность оценки суточной гликемии, т.е. исследования как ночного уровня сахара крови, так и колебаний гликемии во время физической нагрузки. Нельзя не отметить еще одну положительную сторону исследования — оценка гликемии возможна на любом сроке беременности.

Уже более года в городе Новокузнецке кафедра эндокринологии и диabetологии ГБОУ ДПО НГИУВ совместно с МБЛПУ «ГКБ № 2» проводит суточное мониторирование гликемии у беременных женщин. Исследование проводится при наличии факторов риска ГСД.

Для правильной интерпретации результатов необходимо знать флюктуации гликемии в норме у небеременных и у здоровых беременных женщин. В 2009 году проведено исследование по оценке уровня интерстициальной глюкозы у здоровых лиц. В интересующей нас возрастной группе от 25 до 45 лет (всего 20 человек) минимальный уровень глюкозы крови составил 75 мг/дл (3,75 ммоль/л), а максимальное значение зарегистрировано в дневное время и составило 125 мг/дл (6,25 ммоль/л). Интересно, что у 91 % исследуемых размах гликемии был от 71-120 мг/дл (3,55-6,0 ммоль/л). По результатам мета-анализа 6 исследований с участием беременных женщин, находящихся на 24-40 неделях гестации, с исходным ИМТ менее 25 кг/м² выявлены средние показатели глюкозы крови через

час — $110,5 \pm 17,7$ мг/дл ($5,52 \pm 0,8$ ммоль/л) и через 2 часа после еды — $102,2 \pm 12,2$ мг/дл ($5,11 \pm 0,61$ ммоль/л). В исследовании Parretti et al. (2001), проведенном у 51 беременной женщины, показатели гликемии были еще ниже — тощаковый сахар $57,2 \pm 3,9$ мг/дл ($2,86 \pm 0,19$ ммоль/л), через 1 час после еды — $101,2 \pm 4,9$ мг/дл ($5,06 \pm 0,2$ ммоль/л), а через 2 часа — $90,1 \pm 4,9$ мг/дл ($4,5 \pm 0,2$ ммоль/л) [3, 4].

Примечательно, что у беременных женщин регистрируются иные временные пики повышения концентрации глюкозы. Так пик постпрандиальной гликемии приходится на 80-90-ю минуты ($69,4 \pm 23,9$ мин) [3]. Как мы знаем, стандартный глюкозотолерантный тест не предусматривает оценку гликемии в эти временные промежутки, а исследование гликемии через 60 и 120 минут может оказаться малоинформативным.

Цель исследования — оценить целесообразность диагностики гестационного сахарного диабета у женщин с факторами риска на основе методики непрерывного мониторингирования глюкозы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом исследования послужили жительницы центрального района города Новокузнецка, находящиеся на разных сроках беременности. На первом этапе исследования все женщины осмотрены эндокринологом. При наличии факторов риска ГСД, таких как: ИМТ более 25 кг/м^2 до беременности; наличии родственников 1 степени родства страдающих сахарным диабетом; любых нарушениях углеводного обмена и глюкозурии — проводилось исследование глюкозы венозной плазмы крови натощак. На следующем этапе исследования этим пациенткам проводилось суточное мониторирование гликемии. Всего исследованию CGMS подверглись 15 женщин на сроке беременности от 9 до 32 недель ($21,8 \pm 7,6$ нед), в возрасте 26-35 лет. Все пациентки подписали информированное согласие на обследование. При уровне глюкозы венозной плазмы натощак более $5,1$ ммоль/л и/или при наличии факторов риска диабета проводилось исследование глюкозы в интерстициальной жидкости с помощью аппарата Medtronic MiniMed CGMS System Gold.

Аппарат Medtronic MiniMed CGMS System Gold предназначен для непрерывного мониторингирования гликемии в интерстициальной жидкости в диапазоне $2,2$ - 22 ммоль/л (40 - 400 мг/дл). В состав аппарата Medtronic MiniMed CGMS System Gold входят: монитор, кабель, сенсор и тестовый разъем. Принцип действия сенсора аппарата Medtronic MiniMed CGMS System Gold основан на электрохимической реакции с глюкозой, содержащейся в интерстициальной жидкости пациента. Фермент глюкозо-оксидаза используется для трансформации глюкозы на поверхности сенсора в электронные сигналы. Сенсор посылает

непрерывно эти сигналы по кабелю на монитор. Монитор обновляет данные каждые 10 секунд и записывает средний сигнал каждые 5 минут, создавая 288 записей сенсора каждые 24 часа. После использования аппарата Medtronic MiniMed CGMS System Gold все сохраненные данные передаются для анализа и интерпретации на персональный компьютер (ПК) с помощью Medtronic MiniMed Com-Station (MMT-7301). Во время передачи данных сохраненные электрические сигналы преобразуются в показатели концентрации глюкозы, которые отображаются в виде графика или таблиц. С помощью устройства Medtronic MiniMed-Sensiter сенсор вводится автоматически подкожно в латеральные отделы брюшной стенки в стерильных условиях. Сенсор соединяется с кабелем и закрепляется на передней брюшной стенке с помощью стерильного прозрачного лейкопластыря. Сенсор устанавливается беременным женщинам на трое суток. Монитор закрепляется в удобном для беременной месте (например, на поясе).

Для правильного преобразования электронных сигналов, полученных от сенсора в значения уровня глюкозы необходима калибровка. Для этого беременная женщина самостоятельно вводит показания уровня глюкозы в монитор не менее 4 раз в сутки. Замер глюкозы в капиллярной крови производится с помощью глюкометра. Через трое суток извлекается сенсор, происходит считывание информации с монитора на ПК. Полученные данные выводятся в виде графиков и таблиц. Так как полученные данные регистрируются в виде концентрации глюкозы в цельной капиллярной крови, то для правильной диагностики ГСД производится перерасчет в глюкозу венозной плазмы крови.

Международная Федерация Клинической Химии (IFCC) разработала рекомендации по представлению результатов определения уровня глюкозы в крови. В данном документе предложено преобразовывать концентрацию глюкозы в цельной крови в величину, эквивалентную концентрации в плазме, путем умножения значения первой на коэффициент 1,11, соответствующий соотношению концентраций воды в этих двух типах образцов. В соответствии с этими рекомендациями полученные результаты преобразовывались данным путем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 15 женщин с подозрением на нарушение углеводного обмена в десяти случаях подтвержден ГСД. Среднее значение тощаковой гликемии $3,15 \pm 0,2$ ммоль/л ($2,2$ - $3,5$ ммоль/л), т.е. уровень сахара крови не превышал норму, однако при детальном рассмотрении графиков была отмечена некоторая особенность, на которую нельзя не обратить внимание. Нами наблюдался пик гли-

кемии до 9,8-11,0 ммоль/л через 40 минут после еды. За ним следовало снижение концентрации глюкозы в течение 20-30 минут. Через 1 час после еды показатели регистрировались в диапазоне — 9,7-10,8 ммоль/л (среднее значение $10,6 \pm 0,5$ ммоль/л), а через 2 часа глюкоза крови колебалась от 8,6-10,9 ммоль/л ($9,8 \pm 0,7$ ммоль/л).

Следует отметить, что в двух случаях проведен глюкотолерантный тест, который оказался неинформативным. Значения глюкозы крови не превышали рекомендованных цифр — в одном случае тощаковая гликемия 5,89 ммоль/л, постнагрузочная через 2 часа 8,15 ммоль/л, во втором — 5,5-6,5 ммоль/л. Зачастую отмечается игнорирование исследования глюкозы крови через 1 час после нагрузки, что делает этот тест незавершенным и бесполезным.

В алгоритм диагностики сахарного диабета (в большей степени манифестного) введено исследование гликозилированного гемоглобина. Диагностически значимым является его значение большее или равное 6,5 %. В нашей работе только у одной женщины регистрировался гликогемоглобин 7,5 % (единственный случай манифестного диабета), у прочих же средний показатель HbA1c не был более 5,6 %.

Вероятно скромные значения HbA1c связаны с двумя моментами: незначительное повышение уровня гликемии при ГСД и небольшая длительность заболевания (менее 2,5-3 месяцев), при которой не успевает сформироваться диагностически значимый уровень гликогемоглобина.

В качестве сахароснижающей терапии предложена диета, которая помогла достичь компенсации углеводного обмена. У всех женщин беременность закончилась родами в срок, в трех случаях проведено кесарево сечение (показания к оперативному родоразрешению были: многоплодная беременность, рубец на матке). Рождены дети массой от 2600-4000 г (3330 ± 170 г).

У одной обследуемой женщины, находящейся на сроке беременности в 32 недели выявлено повышение глюкозы крови до 12,7 ммоль/л через 1 час после еды. Диагностирован манифестный сахарный диабет, назначена диетотерапия. В данном случае беременность закончилась срочными родами путем кесарева сечения, масса плода 4630 г.

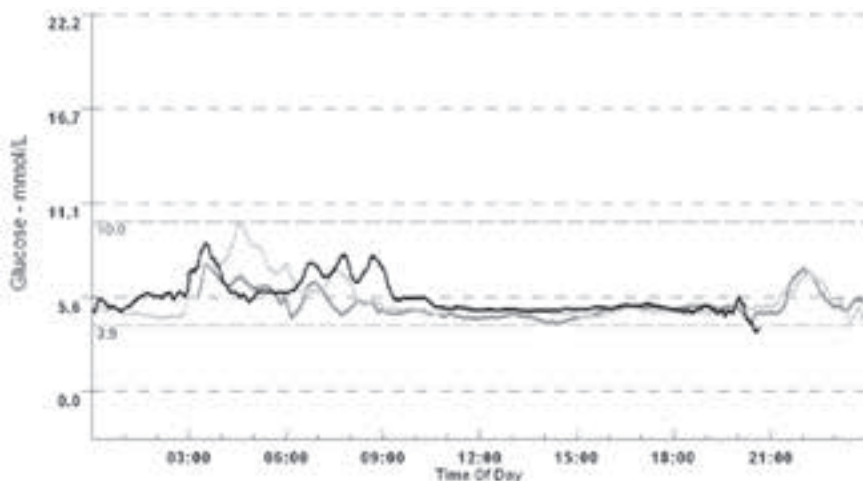
Ниже представлен пример диагностики ГСД у женщины, находящейся на 16 неделе беременности, с помощью методики CGMS.

Пример

Пациентка И., 33 года. В плановом порядке консультирована эндокринологом в женской консультации № 1 МБЛПУ «ГКБ № 2». Из анамнеза известно, что беременность вторая. Первая беременность закончилась самостоятельными родами в срок, рождением ребенка весом более 4 кг. Ранее нарушений углеводного обмена не выявлено. Наследственность по сахарному диабету не отягощена. При осмотре ожирение I ст, до беременности ИМТ -31, стрий нет, АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, узлов нет. Клинически эутиреоз. По данным лабораторного обследования глюкоза венозной плазмы натощак 4,8 ммоль/л. Диагноз: Беременность 16 недель. Ожирение I ст.

Беременной на трое суток был установлен аппарат Medtronic MiniMed CGMS System Gold. При этом беременная женщина самостоятельно измеряла глюкозу крови с помощью глюкометра и заносила данные в монитор. Измерения проводились натощак и через час после еды. Помимо внесения данных в монитор, велся дневник питания с указанием гликемии. По истечении срока исследования сенсор извлечен. Данные считаны с помощью Medtronic MiniMed Com-Station (ММТ-7301) и переданы на ПК. Полученные результаты выведены в виде рисунков (рис. 1 и 2).

Рисунок 1
Суточные колебания гликемии



Как видно из сводной таблицы на второй день исследования зафиксирован максимальный уровень глюкозы капиллярной крови — 9,9 ммоль/л, что в перерасчете на уровень глюкозы в плазме соответствует — 10,9 ммоль/л. Данный показатель гликемии зарегистрирован через час после еды. В связи с этим, диагностирован ГСД.

Date		22.02.2013	23.02.2013	24.02.2013	Totals
Sensor	# of Sensor Values	249	248	249	786
	Average (mmol/L)	5,1	5,4	5,5	5,3
	Min - Max (mmol/L)	4,1-7,5	3,8-9,9	3,5-8,7	3,5-9,9
	STDev (mmol/L)	0,8	1,2	1,0	1,0
Meter	# of Meter Values	4	4	3	11
	Average (mmol/L)	5,5	4,9	5,8	5,3
	Min - Max (mmol/L)	4,9-6,0	4,5-5,3	4,7-7,2	4,5-7,2
Optimal Accuracy Criteria	Designation				
	# of Paired Readings	4	4	3	11
	Mean Abs. Diff. [MAD%]	13,4	4,4	4,3	7,6
	Correlation Coeff. [R]	n/a	n/a	n/a	n/a
Excursions High > 10,6mmol/L Low < 3,9mmol/L	# of Excursions*	0	1	1	2
	# of High Excursions*	0	0	0	0
	# of Low Excursions*	0	1	1	2
	Duration Above High Limit	00:00 (0%)	00:00 (0%)	00:00 (0%)	00:00 (0%)
	Duration Within Limits	20:45 (100%)	23:55 (100%)	20:30 (99%)	65:10 (99%)
	Duration Below Low Limit	00:00 (0%)	00:05 (0%)	00:15 (1%)	00:20 (1%)
	Pie Chart Red: Above Limits Green: Within Limits Blue: Below Limits				
	Glucose Area Above High Limit (mmol/L*Day)	0,0	0,0	0,0	0,0
	Glucose Area Below Low Limit (mmol/L*Day)	0,0	0,0	0,0	0,0

ВЫВОДЫ:

1. Непрерывное суточное мониторингирование глюкозы подтвердило свою актуальность и целесообразность у беременных женщин с факторами риска сахарного диабета, находящихся на любом сроке гестации.

2. При отсутствии противопоказаний суточное мониторингирование гликемии является точным методом диагностики нарушений углеводного обмена у беременных женщин.
3. Необходимо продолжить изучения суточной флюктуаций гликемии у беременных женщин с использованием методики CGMS.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дедов, И.И. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» /Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. //Сахарный диабет. – 2012. – № 2. – С. 4-10.
2. Краснопольский, В.И. Гестационный сахарный диабет – новый взгляд на старую проблему /Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. //Акушерство и гинекология. – 2010. – № 2. – С. 3-6.
3. Patterns of glycemia in normal pregnancy /Teri L. Hernandez, Jakob E. Friedman, Rachael E. Van Pelt, Linda A. Barbour //Diabetes Care. – 2011. – V. 34. – P. 1660-1668.
4. Juvenile diabetes research foundation continuous glucose monitoring study group. Variation of interstitial glucose measurements assessed by continuous glucose monitoring in healthy, nondiabetic individuals //Diabetes Care. – 2010. – V. 33. – P. 1297-1299.



ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А., КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ ЗА 2009-2013 ГГ.

Объектом нашего исследования является эпидемиология острых отравлений с целью обоснования мероприятий по совершенствованию токсикологической помощи и профилактики отравлений на территории промышленного города Новокузнецка. В связи с этим нами выполнено ретроспективное исследование эпидемиологии острых отравлений химической этиологии за период с 2009 г. по 2013 г.

Ключевые слова: отравление; химическая этиология; токсикологическая помощь; потеря трудового потенциала; социальный и экологический ущерб.

FEDOROV I.V., KIRILLOV S.A., KRINITSYN A.A., ZYEV A.S.
City Clinical Hospital № 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk

ANALYSIS OF DYNAMICS OF ACUTE CHEMICAL POISONING

The object of our research is the epidemiology of acute poisoning in order to support measures to improve the toxicological care and prevention of poisoning in the industrial city of Novokuznetsk. In this connection, we performed a retrospective study of the epidemiology of acute poisonings of chemical etiology for the period from 2009 to 2013.

Key words: poisoning; chemical etiology; poison use; loss of employment potential; social and environmental damage.

Корреспонденцию адресовать:

ФЕДОРОВ Игорь Викторович,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-78-78. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

ФЕДОРОВ Игорь Викторович, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
КИРИЛЛОВ Сергей Анатольевич, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
КРИНИЦЫН Андрей Александрович, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ЗУЕВ Александр Сергеевич, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

FEDOROV Igor Viktorovich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
KIRILLOV Sergey Anatolievich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
KRINITSYN Andrey Aleksandrovich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
ZUEV Alexander Sergeevich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

В последние годы в России возросло число больных острыми отравлениями различной этиологии. Рост заболеваемости при острых отравлениях существенным образом влияет на среднюю продолжительность жизни и влечет

за собой потерю трудового потенциала, требует больших затрат на оказание медицинской помощи больным, нанося значительный социальный и экономический ущерб. Это достаточно убедительно свидетельствует о том, что проблема острых

отравлений требует в настоящее время повышенного внимания и является актуальной задачей органов здравоохранения [1-3].

Ранее была проведена динамика и структура заболеваемости острыми отравлениями среди населения г. Новокузнецка на период с 1997 г. по 2008 г. В 1997 г. была организована специализированная токсикологическая медицинская помощь в результате организации отделения острых отравлений на базе МБЛПУ «ГКБ № 2», а в 1999 году был создан Зональный центр Острых отравлений.

Новый анализ заболеваемости острыми отравлениями среди населения г. Новокузнецка на период с 2009 г. по 2013 г. имеет цели, показать как изменились за последние 5 лет динамика и структура острых отравления, токсикологическая ситуация в промышленном г. Новокузнецке.

Токсикологический мониторинг проводится в соответствии с приказом МЗ РФ от 29.12.2000 г. № 460 «Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга». Структура пострадавших с острой травмой химической этиологии прилагается по данным статистической программы «Токсстат». Данные включают количество пострадавших по видам оказанной помощи, распределение отравлений по характеру и обстоятельствам, распределение отравлений в соответствии с кодами МКБ-10, распределение умерших по причинам и месту наступления смерти [2, 3].

С 2009 г. по 2013 г. в отделение острых отравлений с диагнозом «острое экзогенное отравление» поступило 11538 пациентов. Больные доставлялись бригадами скорой медицинской помощи и в порядке самообращения. Госпитальная заболеваемость острыми отравлениями в г. Новокузнецке держится стабильной и составляет 5-5,3 на 1000 населения. По-прежнему среди больных с острыми отравлениями 80-85 % составляют лица трудоспособного возраста.

С каждым годом количество больных, госпитализированных в неспециализированные по острым отравлениям отделения других больниц города уменьшается, если до 2008 г. их количество составляло от 120 до 160 больных в год (в процентном соотношении 6,3-7 %), то за период 2009-2013 гг. от 90 до 30 больных в год (в процентном соотношении 1,7-4 %). Что позволяет большему количеству больных получить более качественную специализированную помощь при острых отравлениях.

Анализ показателей острых отравлений химической этиологии свидетельствует, что самый высокий уровень среднемноголетним данным приходится на отравления алкоголем, около 60-65 % от всех пациентов. При этом данный показатель на протяжении всего периода остается высоким. Такая же зависимость с отравлениями медикаментами различных групп, где лидирующими

нозологическими формами являются психотропные, седативные средства и препараты с преимущественным действием на сердечно-сосудистую систему, около 13-15 %. Внедрение антидотной терапии, ранней лабораторной диагностики, использование эфферентных методов детоксикации позволяет оказывать более качественную специализированную помощь. Нельзя умолчать и об увеличении больных с отравлениями барбитуратами на фоне длительного бесконтрольного приема корвалола [3].

Отмечается незначительное снижение количества больных в уже самостоятельной нозологической форме - наркомания — с 5,4 % в 2008 г. до 3-3,5 % за отчетный период, по-видимому, связано с квалифицированно оказываемой помощью на догоспитальном этапе (ранняя антидотная терапия — Налоксон), также отмечается снижение количества больных в нозологической форме — наркомания, абстинентный синдром, одной из причин является изменения структуры наркотических препаратов в сторону синтетики, которые не вызывают серьезной физической зависимости: внутривенные наркотические препараты — «соль», ингаляционные курительные смеси «миксы», синтетические каннабиноиды «спайс».

Ежегодно стабильными остаются отравления прижигающими ядами, около 3,5-3,8 %, лидирующим отравлением является отравление уксусной кислотой — около 80 %. Основная часть пациентов суицидальный прием и ошибочный прием на фоне злоупотребления алкоголем. Кстати, отравления прижигающими ядами в связи с тяжелыми ранними и поздними осложнениями вызывают как инвалидизацию пациентов, так занимают основную часть в структуре досуточной токсикологической летальности.

На уровне 15-20 больных ежегодно госпитализируется в отделение с токсическим эффектом, обусловленным укусами змей, в основном гадюки. Своевременное применение противозмеиной сыворотки (стоит заметить, что проблем с сывороткой в больнице никогда не было), включение в комплекс интенсивной терапии плазмафереза позволяет вылечивать пациентов без летальных исходов и инвалидизации [1, 3].

Стабильным остается количество пациентов с поражающим действием дыма, газов — около 2,5 %, с преимущественным поражением окисью углерода, как правило, связанные с отопительный сезон в частном секторе, пожарами на фоне злоупотребления алкоголем.

Общая больничная летальность взрослого населения в г. Новокузнецке от острых отравлений за исследуемый период составила 1,07-1,72 %. При этом летальность в отделении острых отравлений держится стабильной 0,68-1,26 %. Летальность же в других больницах от острых отравлений составляет 12,6-25,6 %.



По-прежнему первое место в структуре токсикологической летальности, занимает отравления прижигающими ядами (превалирующее количество в этой группе занимают пациенты с отравлением уксусной кислотой), что составляет 20-25 % от общей летальности.

Второе место в нозологии летальных исходов занимают отравления различными спиртосодержащими жидкостями, где лидирующее место занимает длительный и избыточный прием алкогольных напитков с дегенеративными поражениями ЦНС, внутренних органов. Это стабильные показатели на уровне 9-15 %. Имеет небольшое снижение по сравнению с периодом до 2008 г.

Показатели третьей позиции в течение отчетного периода делят между собой отравления наркотическими препаратами и отравления медика-

ментами, наибольшая опасность при отравлениях гипотензивными и психотропными средствами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Относительную стабильность уровня летальности при острых отравлениях на фоне роста показателей заболеваемости удается обеспечивать благодаря своевременным организационным мерам по совершенствованию токсикологической службы, повышению доступности специализированной помощи в промышленном Новокузнецке и территории юга Кузбасса, снижению количества больных, поступающих в другие больницы. Причем практически все токсикологические показатели отделения совпадают с показателями других городов РФ, имеющих специализированную токсикологическую службу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Основные причины смертности населения России от острых отравлений химической этиологии /Остапенко Ю.Н., Литвинов Н.Н., Батунова И.В., Гасимова З.М. //Тез. докл. 3-го съезда токсикологов России (Москва, 2-5 декабря 2008). – М., 2008. – С. 22-24.
2. Остапенко, Ю.Н. Современное состояние заболеваемости и смертности населения при острых отравлениях химической этиологии в Российской Федерации /Остапенко Ю.Н., Сенцов В.Г. //Медицинская токсикология: нац. руков. /под ред. Е.А. Лужникова. – М., 2012. – 928 с.
3. Сабаев, А.В. Динамика летальности по данным Центра острых отравлений города Омска за 2002-2011 гг. /Сабаев А.В. //Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 79-81.





ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А., КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОСЕКА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОТРАВЛЕНИЙ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЯДАМИ

Вещества прижигающего действия являются одними из наиболее распространенных этиологических факторов острых бытовых отравлений. Отравления уксусной кислотой занимают первое место среди бытовых отравлений прижигающими ядами. В структуре летальности острых отравлений уксусная кислота занимает первое место и одной из основных причин смерти является пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение. Поэтому в комплексе интенсивной терапии ведущее место занимает гемостатическая, противовоспалительная терапия.

Ключевые слова: отравление; прижигающие яды; гемостатическая терапия; противовоспалительная терапия; желудочно-кишечное отравление; лосек.

FEDOROV I.V., KIRILLOV S.A., KRINITSYN A.A., ZYEV A.S.
*City Clinical Hospital № 2 of St. George the Victorious,
Novokuznetsk*

LOSEK IN COMPLEX THERAPY OF POISONINGS BY CAUTERIZING POISONS

Substances cauterizing action are some of the most common etiological factors of acute household poisonings. Poisoning acetic acid occupy the first place among domestic poisoning cauterizing poisons. In the structure of mortality of acute poisoning acetic acid occupies the first place and one of the main causes of death is esophago-gastro-intestinal bleeding. Therefore, in the complex of intensive therapy occupies a leading position hemostatic, anti-inflammatory therapy.

Key words: poisoning; cauterizing poisons; haemostatic therapy; anti-inflammatory therapy; gastrointestinal poisoning; losek.

Корреспонденцию адресовать:

ФЕДОРОВ Игорь Викторович,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-78-78. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

ФЕДОРОВ Игорь Викторович, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
КИРИЛЛОВ Сергей Анатольевич, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
КРИНИЦЫН Андрей Александрович, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ЗУЕВ Александр Сергеевич, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

FEDOROV Igor Viktorovich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
KIRILLOV Sergey Anatolievich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
KRINITSYN Andrey Aleksandrovich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
ZUEV Alexander Sergeevich, doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.



Распространенность отравлений уксусной кислотой связано с легкой доступностью данного вещества, уксусная кислота свободно продается и имеется практически в каждой семье. По данным нашего отделения острых отравлений отравления прижигающими жидкостями среди всех отравлений составляют в среднем 3,4-4,0 %, причем на долю уксусной эссенции приходится до 80 % отравлений. Отравления большей частью связаны с суицидальным приемом, в меньшей части с ошибочным приемом на фоне алкогольного опьянения и синдрома похмелья. Кроме того, необходимо отметить, что отравления уксусной кислотой занимают первое место в структуре летальности, особенно в досуточной, в среднем около 15-25 %. Одной из основных причин смерти является острая кровопотеря в результате желудочно-кишечного кровотечения на фоне химического ожога, которые также являются причиной увеличения продолжительности лечения в стационаре и инвалидизации больных [1].

Отравление уксусной эссенции вызывает пищеводно-желудочно-кишечные кровотечения, которые могут быть ранними первичными (обусловленными непосредственным повреждением сосудистой стенки) и вторичными (связанное с развитием фибринолиза, лизисом тромбов и восстановлением проходимости сосудов, в том числе и кровоточащих), а также поздними, связанные с отторжением некротизированных тканей, образованием кровоточащих язв.

Всасывание уксусной эссенции также вызывает тяжелые нарушения кислотно-щелочного состояния по типу декомпенсированного метаболического ацидоза, которые обусловлены участием экзогенных факторов — анионов кислотных остатков и эндогенных факторов — недоокисленных продуктов метаболизма, образующихся при химическом ожоге пищеварительного тракта, в результате происходит нарушение равновесия между кислотно-пептической агрессией и защитными механизмами слизистой оболочки ЖКТ.

В патогенезе отравления уксусной кислотой важную роль играет ожоговое разрушение тканей, распад эритроцитов, которые обуславливают выброс большого количества тромбопластического материала и способствует наступлению первой стадии токсической коагулопатии — стадии гиперкоагуляции, нарушениям реологических свойств крови,

Поэтому в комплексе интенсивного лечения большое значение имеет противовоспалительная, гемостатическая терапия, ведущаяся по двум направлениям: усиление гемостаза в месте кровотечения и одновременное угнетение общей внутрисосудистой коагуляции.

Препараты, используемые для лечения отравления уксусной кислотой, действуют преимущественно либо на звено агрессии, уменьшая объем

соляной кислоты и пепсина, либо на защитное звено, стимулируя защитные свойства слизистой оболочки. К последним относят цитопротекторы, препараты, имеющие различные механизмы действия, направленные на стабилизацию защитных свойства слизистой оболочки, заживление эрозий и язв, восстановление структуры и функции эпителия желудочно-кишечного тракта. Применяемые антациды (альмагель) уменьшают кислотность желудочного содержимого за счет химического взаимодействия с соляной кислотой, однако, на попытку нейтрализации кислоты щелочью организм отвечает увеличением кислотопродукции, что приводит к повышению кислотности. Поэтому современные антацидные препараты, кроме кислотонейтрализации, выполняют функции по стимуляции секреции гидрокарбонатов, увеличивают синтез гликопротеинов желудочной слизи, предохраняют эпителий капилляров. Использование блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов (квamatел) приводит к уменьшению продукцию соляной кислоты.

Самыми современными кислотоснижающими препаратами являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), которые встраиваясь в H⁺/K⁺-АТФазу, блокируют транспортировку ею протонов (ионов водорода H⁺) в просвет желудка, что увеличивает продолжительность эффективного антисекреторного действия [2].

Патогенетической основой для применения ИПП у больных с ожоговыми кровотечениями является нарушение тромбообразования в условиях повышенной кислотности. Соляная кислота нарушает формирование тромбов путем ингибирования агрегации тромбоцитов и усиления их дезагрегации, а также ускоряет тромболизис за счет кислотостимулированного пепсинового механизма. Агрегация тромбоцитов не происходит при значениях pH < 5,9. Оптимальными значениями является pH в пределах 7-8. Ингибирование секреции кислоты облегчает образование тромбов и угнетает фибринолиз. Таким образом, быстрое и сильное угнетение продукции соляной кислоты и пепсина является необходимым условием для остановки кровотечения. Более того, для профилактики раннего рецидива критически важно длительное поддержание внутрижелудочного pH на уровне не ниже 6,0. Единственным практически возможным способом достижения этого является постоянная внутривенная инфузия ИПП [3].

Антисекреторные средства других фармакологических групп, включая антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов, не позволяют достичь этой цели. Антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов уступают ИПП по ряду практически важных характеристик: короткий период полужизни, слабое действие на стимулированную секрецию, развитие толерантности с потерей контроля над pH,

необходимая коррекция дозы у больных с почечной недостаточностью.

В клиническом плане, чрезвычайно важными свойствами, которые учитываются при выборе ИПП, являются низкий уровень взаимодействия с другими лекарственными средствами, отсутствие кумулятивного эффекта при длительном применении, а также наличие лекарственной формы для парентерального введения, которая необходима для профилактики и терапии желудочно-кишечных кровотечений.

Наиболее тщательно изученным препаратом по данному показанию из препаратов ИПП является омепразол, имеющий лекарственную форму для внутривенного введения — лосек, который применяется в следующих дозировках: первая доза внутривенно 80 мг, далее по 40 мг два раза в сутки в течение 3-4 суток с последующим переходом на прием препарата внутрь по 40 мг/

сут. Лосек не усугубляет возникающую на фоне острой кровопотери локальную гипоксию, ишемию и окислительный стресс в пораженной зоне, создавая благоприятные условия для репарации слизистой оболочки, улучшение кровотока в слизистой оболочке и нормализация тонуса сосудов в зоне поражения, улучшение капиллярного кровотока и снижение сосудистого тонуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Включение лосека в комплекс интенсивной терапии отравлений прижигающими ядами позволяет значительно снизить риск как ранних, так и вторичных желудочно-кишечных кровотечений, связанных с ними полиорганными осложнениями, уменьшить необходимость в гемотрансфузионной терапии, снизить потребность в оперативном вмешательстве и уменьшить время пребывания пациентов в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лужников, Е.А. Острые отравления: руковод. для врачей /Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. – М., 2000. – 434 с.
2. Ушкалова, Е.А. Внутривенные ингибиторы протонной помпы в лечении кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта /Ушкалова Е.А. //Трудный пациент. – 2005. – № 10-11. – С. 13-20.
3. Ингибиторы протонной помпы в терапии стрессовых язв /Яковенко Э.П., Яковенко А.В., Илларионова Ю.В., Иванов А.Н. //Лечащий врач. – 2010. – № 2. – С. 52-55.



БЕРСЕНЕВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., САЛАМАНОВ В.И.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого Великомученика Георгия Победоносца»,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
г. Новокузнецк

ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У МУЖЧИН ВТОРОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Представлены результаты исследования распространенности и оперативного лечения варикоцеле у мужчин второго периода зрелости в амбулаторных условиях. Частота обнаружения варикоцеле в популяции у мужчин второго периода зрелости на 2,5 % ниже, чем у мужчин первого периода зрелости и составляет соответственно 15,8 %. Основным показанием для операции у мужчин второго периода зрелости возраста является болевой синдром. В условиях отделения амбулаторной хирургии малотравматичный чреспаховый доступ Sayfan J. является наиболее подходящим для оперативного лечения варикоцеле у мужчин второго периода зрелости, так как позволяет при ревизии канала устранить сопутствующие заболевания – паховые грыжи, новообразования, рубцовую деформацию подвздошно-пахового нерва.

Ключевые слова: варикоцеле; мужчины второго периода зрелости; оперативное лечение; амбулаторная хирургия.

BERSENEV A.E., TARASKO A.D., SALAMANOV V.I.
City Clinical Hospital № 2,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk

TACTICAL FEATURES OF THE TREATMENT OF VARICOCELE IN MEN OF THE SECOND PERIOD OF MATURITY IN A DAY SURGERY UNIT

Presents the results of a study of prevalence and surgical treatment of varicocele in men of the second stage of maturity in the outpatient setting. The frequency of detection of varicocele in men of the second stage of maturity at 2,5 % lower than men's first period of maturity and 15,8 %, respectively. The main indication for surgery in men of the second stage of maturity age is a pain syndrome. In conditions of an outpatient surgery through the crotch low traumatic access Sayfan J. is most suitable for surgical treatment of varicocele in men of the second stage of maturity, as it allows the audit channel to eliminate concomitant diseases-inguinal hernias, tumors, scar deformation of the ilioinguinal nerve.

Key words: varicocele; men of the second period of maturity; operative treatment; outpatient surgery.

Корреспонденцию адресовать:

ТАРАСКО Андрей Дмитриевич,
654027, г. Новокузнецк, ул. 25 лет Октября, д. 4, кв. 9.
Тел: 8 (3843) 74-14-29. E-mail: anta19562008@yandex.ru

Сведения об авторах:

БЕРСЕНЕВ Аркадий Евгеньевич, врач высшей категории, врач-уролог, отделение амбулаторной хирургии, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого Великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: arkadiy3006@mail.ru
ТАРАСКО Андрей Дмитриевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра хирургии, урологии и эндоскопии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: anta19562008@yandex.ru
САЛАМАНОВ Владимир Иванович, врач высшей категории, зав. отделением амбулаторной хирургии, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого Великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: Sal_vi@mail.ru

Information about authors:

BERSENEV Arkadij Evgenjevich, doctor-urologist, department of ambulatory surgery, City Clinical Hospital N 2, Novokuznetsk, Russia. E-mail: arkadiy3006@mail.ru
TARASKO Andrey Dmitriyevich, doctor of medical sciences, professor, department of surgery, urology and endoscopy, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia. E-mail: anta19562008@yandex.ru

В настоящее время тактика лечения при варикоцеле у подростков и юношей более или менее определена и заключается в превентивной хирургии. У лиц зрелого, пожилого и старческого возраста подход к лечению варикоцеле остается менее определенным [1-3].

В медицинской литературе существуют два варианта врачебной тактики при варикоцеле у мужчин второго периода зрелости (старше 35 лет). Они зависят от точки зрения на сущность этого состояния [2-5]. Первая точка зрения заключается в том, что варикоцеле — конституционально обусловленное функциональное состояние, возникающее в период полового созревания, а затем подвергающееся обратному развитию. При принятии первой точки зрения на сущность состояния проводится консервативное хирургическое поведение, применение суспензориев, ЛФК, флеботропных препаратов. Вторая точка зрения на варикоцеле — заболевание, которое может прогрессировать и привести к осложнениям, ухудшающим качество жизни. При принятии второй точки зрения на сущность заболевания — используется хирургическое лечение. Методика операции зависит от гемодинамического варианта состояния [2, 4-6].

Цель исследования — изучить распространенность варикоцеле у мужчин второго периода зрелости, определить субъективные и объективные признаки варикоцеле у лиц в этом возрасте, установить показания для оперативного лечения в условиях ЦАХ.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучить распространенность варикоцеле у мужчин второго периода зрелости
2. Определить признаки патологического процесса у выявленных лиц с варикоцеле в группе старше 35 лет (жалобы, объективная симптоматика, признаки осложнений).
3. Сформулировать показания к хирургическому лечению в условиях отделения амбулаторной хирургии, определить наиболее оптимальную оперативную методику.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования послужили результаты периодического медицинского обследования мужчин разного возраста работников Западно-Сибирского металлургического комбината и пациентов, обратившихся на прием к урологу в отделение амбулаторной хирургии МБЛПУ ГКБ № 2. Исследование включало в себя опрос и объективные физикальные методы диагностики — осмотр, пальпация, применение маневра

Вальсальвы. Из инструментальных исследований применялась доплерография и УЗИ сосудов мошонки. Окончательная объективная оценка состояния венозного русла семенного канатика у мужчин второго периода зрелости с варикоцеле производилась при ревизии пахового канала во время хирургического вмешательства. Сочетание этих методик позволяет определить гемодинамический вариант рефлюкса при варикоцеле (реносперматическом, илеосперматическом или смешанном) и оценить состояние венозного русла и кровотока в семенной вене.

Для обнажения семенной вены в исследовании мы выбрали чреспаховый доступ Sayfan J. в своей оригинальной модификации из минидоступа с использованием ранорасширителя собственной конструкции. Разрез проводили на 2 см выше середины паховой складки длиной 2-3 см. Из этого доступа обнажали наружные кремастерные вены, которые располагаются латеральнее семенного канатика и лежат на поперечной фасции. Вены провязывались и пересекались. Затем вскрывались оболочки семенного канатика и выделялись внутренние кремастерные вены. Обычно в количестве 2-4 стволов. Вены вскрывались, опорожнялись от крови, перевязывались и пересекались. Дефект в апоневрозе наружной косой мышцы ушивали 2-3 узловыми швами. Если при ревизии пахового канала выявлялась сопутствующая паховая грыжа, то операция заканчивалась протезированием задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой. Чреспаховый доступ Sayfan J., малотравматичен, что позволяет использовать его в амбулаторных условиях у лиц старше 35 лет и на основании полученных при исследовании результатов выполнить радикальное лечение варикоцеле. После операции пациенты находились 2 часа под наблюдением и затем санитарным транспортом отправлялись домой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего было обследовано 739 мужчин в возрасте от 20 до 65 лет. Из них, до 35 лет — 349 мужчин (47,2 %), старше 35 лет — 390 (52,8 %).

Всего диагноз варикоцеле установлен у 125 мужчин (16,9 %). Из них, до 35 лет — 64 (18,3 %), старше 35 лет — 61 (15,8 %). Распространенность варикоцеле по локализации левосторонняя — 120 чел. (96 %); правосторонняя — 3 (2,4 %); двусторонняя — 2 (1,6 %). Таким образом, частота обнаружения варикоцеле в популяции у мужчин второго периода зрелости на 2,5 % ниже, чем у мужчин первого периода зрелости, но остается на довольно высоком уровне.

Анализ реализации репродуктивной функции у мужчин с варикоцеле показал, что из



всех 125 мужчин с варикоцеле потомство имели 93 (74,4 %), не имели потомства 32 (25,6 %). Репродуктивная функция у 61 мужчин с варикоцеле старше 35 лет имели потомство 54 человека (88,5 %), не имели потомства 7 (11,5 %). Полученные результаты позволяют сомневаться, что варикоцеле играет заметную роль как фактор развития infertility.

У 4-х мужчин (16 %) варикоцеле сочеталось с варикозным расширением вен нижних конечностей, с хроническим геморроем у 4-х (16 %), грыжами брюшной стенки — у 3-х мужчин (12 %). Таким образом, частота данной сопутствующей патологии у лиц с варикоцеле не превышает заболеваемость ею в общей популяции.

Сравнение субъективных ощущений и объективной симптоматики при физикальном исследовании проделано у 43 мужчин с варикоцеле старше 35 лет. Из них, 25 мужчин были взяты из обследованных во время медицинского осмотра и 18 человек из обратившихся в отделение амбулаторной хирургии за помощью к урологу. Результаты объективного исследования не выявили существенных отличий между этими группами. Однако лиц, обратившихся за помощью к урологу, болевой синдром был более выраженным, за счет чего снижалось качество жизни. Выявленные различия в выраженности болевого синдрома позволяют нам утверждать, что в течение варикоцеле целесообразно выделять стадию компенсации и стадию декомпенсации. Наличие декомпенсированной стадии варикоцеле является показанием для оперативного лечения. Перед операцией больным проводится дополнительное обследование: УЗИ почек (для исключения объемного процесса в забрюшинном пространстве), ультразвуковое ангиосканирование яичковой вены для выяснения характера гемодинамических нарушений), УЗИ пахового канала (для выявления сопутствующей патологии — канальные грыжи, канальные липомы и др.).

С учетом результатов полученных в ходе предварительного обследования 18 пациентов старше 35 лет с выраженными симптомами варикоцеле были подвергнуты операции с использованием чреспахового метода по Sayfan J. в оригинальной модификации.

При вскрытии пахового канала венозная система по ходу семенного канатика у них была варикозно изменена с большим количеством коллатералей, что потребовало не только перевязки венозных стволов, но и в ряде случаев удаления варикозных вен - варикоцелэктомии. При выпол-

нении операции в 7 случаях (38,8 %) были выявлены другие заболевания, способные давать схожую симптоматику: канальные паховые грыжи — 2, канальные липомы, вызывающие компрессию содержимого пахового канала — 4, рубцовый процесс, деформирующий ствол подвздошно-пахового нерва — 1. В этих случаях операция на венах семенного канатика заканчивалась коррекцией выявленной патологии. Осложнений в раннем послеоперационном периоде и рецидивов заболевания на протяжении 3-х лет после операции не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота обнаружения варикоцеле в популяции у мужчин второго периода зрелости на 2,5 % ниже, чем у мужчин первого периода зрелости и составляет соответственно 15,8 %, что связано с возможностью обратного развития в венах семенного канатика у части больных.

Между тем частота варикоцеле в мужской популяции остается довольно высокой и совпадает с результатами других исследований.

Большинство мужчин второго периода зрелости варикоцеле фертильны (88,5%) и не нуждаются в хирургической коррекции по этому поводу.

В стадии компенсации варикоцеле у мужчин второго периода зрелости лечение может осуществляться консервативными методами.

В стадии декомпенсации варикоцеле консервативные мероприятия (суспензорий, ЛФК, флеботропные препараты) малоэффективны, что требует проведения хирургического лечения.

Основным показанием для операции у мужчин этого возраста является болевой синдром. Чаще всего органические и функциональные нарушения у этой группы больных выявляются на уровне пахового канала. Результаты исследования содержимого пахового канала во время операции показывают, что венозное русло канатика у них подвергается значительной деформации. Это требует перевязки множества коллатералей, а в ряде случаев полного иссечения варикозно измененных вен семенного канатика. Иногда при ревизии пахового канала выявляются сопутствующие заболевания: грыжи, новообразования, признаки рубцовой деформации подвздошно-пахового нерва, что требует хирургической коррекции.

Наиболее подходящим для оперативного лечения варикоцеле у мужчин второго периода зрелости в условиях отделения амбулаторной хирургии является малотравматичный чреспаховый доступ Sayfan J.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гребенщиков, Г.С. Расширение вен семенного канатика //Гребенщиков Г.С. //Многотомное руков. по хирургии /под ред. Б.В. Петровского. — М., 1959. — Т. 9.



2. Coolsaet, B.I. The varicocele syndrome: Venography determining optimal level for surgical management /Coolsaet B.I. //Urol. – 1980. – V. 124. – P. 833.
3. Varicoceles: Combined sonography and thermography in diagnosis and post therapeutic evaluation /Hamrn B., Fobbe I., Sorensen R., Felsenberg I. //Radiology. – 1986. – V. 160. – P. 414.
4. Лопаткин, Н.А. Стеноз почечной вены /Лопаткин Н.А., Морозов А.В., Житникова Л.Н. – М., 1984. – 144 с.
5. Thermography of varicocele /Kormano M., Kahana K., Svinhufvud U., Lahti E. //Fertil. Steril. – 1970. – V. 21. – P. 558.
6. Prevention of fertility disorders HV detection and treatment of varicocele at school and college age /Steen O., Knops J. et al. //Andrologia. – 1976. – V. 8. – P. 47.



КОРТЕКСИН®

Работу мозга —
в здоровое русло

Теперь в новой упаковке!



НОВАЯ УПАКОВКА в отличие от старой:

- Обладает более высокой защитой от фальсификата
- Имеет контроль первого вскрытия
- Более удобна для потребителя
- Выпускается на автоматизированной линии новой производственной площадки «ГЕРОФАРМ»



www.geropharm.ru

Новый производственный комплекс группы компаний «ГЕРОФАРМ»

Соответствует международным стандартам GMP

Общая площадь территории завода — 2,5 га

Площадь производственных помещений — более 10 000 кв. м

Спроектирован с привлечением ведущих европейских организаций

Обнащен автоматизированными системами и инспекционными машинами, аналогов которых сегодня нет в РФ



АКТОВЕГИН®

энергия жизни



Формы выпуска:

- Раствор для инъекций — 40 мг/мл ампулы по 2 мл №25
- Раствор для инъекций — 40 мг/мл ампулы по 5 мл №5
- Раствор для инъекций — 40 мг/мл ампулы по 10 мл №5
- Таблетки 200 мг №50



- ✧ Цераксон оказывает позитивное влияние на память, внимание, исполнительные и поведенческие функции, а также ориентацию во времени у пациентов с когнитивными расстройствами различного генеза^{1,2}
- ✧ Терапия Цераксоном не только улучшает когнитивные функции, но и замедляет прогрессирование когнитивных расстройств^{1,3}
- ✧ Цераксон обладает благоприятным профилем безопасности:
 - ✧ хорошо переносится пожилыми пациентами даже при длительном (до 1 года) непрерывном применении¹
 - ✧ не обладает лекарственными взаимодействиями, может сочетаться с сопутствующей терапией⁴

НОВЫЙ

ЦЕРАКСОН

раствор для приема внутрь –
теперь в

НОВОЙ УПАКОВКЕ!





АЛЕКСЕЕВА Н.Б., САФРОНОВА Т.И.

*МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2» Святого великомученика Георгия Победоносца,
г. Новокузнецк*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АМПИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Работа содержит анализ этиологической структуры ампициллинорезистентных энтеробактерий, выделенных при ИМП в ГКБ № 2 г. Новокузнецка, и выводы, которыми можно руководствоваться при назначении антибиотикотерапии ИМП.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей; условно-патогенные микроорганизмы; ампициллинорезистентные энтеробактерии.

ALEKSEEVA N.B., SAFRONOVA T.I.

*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital № 2 of St. George the Victorious»,
Novokuznetsk*

ETIOLOGICAL STRUCTURE AMPICILLINREZISTENTNYH ENTEROBACTERIA ISOLATED IN INFECTIONS URINARY TRACT

The paper contains an analysis of the etiological structure ampicillin-resistant enterobacteria isolated in UTI in GKB № 2 Novokuznetsk and the conclusions that can guide antibiotic therapy of UTI.

Key words: urinary tract infection; opportunistic pathogens; ampicillin-resistant enterobacteria.

Корреспонденцию адресовать:

АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ N 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-78-03. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна, врач-бактериолог, бактериологическая лаборатория, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
САФРОНОВА Тамара Ивановна, врач-бактериолог, бактериологическая лаборатория МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

ALEKSEEVA Nadezhda Borisovna, doctor-bacteriologist, bacteriological laboratory, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
SAFRONOVA Tamara Ivanova, doctor-bacteriologist, bacteriological laboratory, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Одной из значимых медицинских проблем являются инфекции мочевыводящих путей (ИМП). Исследования мочи относятся к числу наиболее массовых в практической работе микробиологических лабораторий и составляют от 40 до 70 % от общего числа анализов. В этиологии ИМП важное место занимают условно-патогенные микроорганизмы, среди которых большое значение имеют представители семейства *Enterobacteriaceae* [1].

Основу лечения ИМП, вызываемых представителями семейства *Enterobacteriaceae*, составляют β-лактамы антибиотиков из группы ами-

нопенициллинов, среди которых наиболее часто применяют ампициллин. Выбор конкретных препаратов для лечения основывается на данных о природной активности антибиотиков. Ампициллин имеет довольно широкий спектр антимикробного действия: к нему чувствительны многие грамотрицательные и грамположительные бактерии. Ампициллин не оказывает заметного раздражения на ткани, не кумулируется и мало токсичен. Из организма ампициллин выводится в неизменном виде преимущественно с мочой в высоких концентрациях [2]. Ввиду низкой токсичности его можно назначать длительно при хроническом

пиелонефрите, не опасаясь токсических осложнений. У беременных женщин он может успешно заменять более токсичные тетрациклины, левомицетин и стрептомицин.

Однако в настоящее время среди представителей семейства *Enterobacteriaceae* обнаруживается значительное увеличение доли ампициллинрезистентных штаммов [3, 4].

Кроме того со временем видовой спектр и антибиотикочувствительность возбудителей ИМП в любой клинике претерпевают изменения, что диктует необходимость постоянного бактериологического мониторинга, строгого контроля за проведением антибактериальной терапии в клиниках.

Включение ампициллина в набор для тестирования *Enterobacteriaceae* объясняется не столько клиническим значением этого антибиотика, сколько важностью для оценки фенотипа исследуемого микроорганизма и внутреннего контроля качества [5].

Цель исследования — анализ этиологической структуры ампициллинрезистентных энтеробактерий, выделенных при ИМП в ГКБ № 2 г. Новокузнецка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в бактериологической лаборатории ГКБ № 2 г. Новокузнецка за период с 21.12.11 по 20.11.2012.

Обследовано 1849 взрослых больных обоего пола по направлениям из поликлиники, женской консультации, центра амбулаторной хирургии, терапевтического отделения. Показанием к проведению исследования мочи служило подозрение на воспалительные заболевания почек и мочевого пузыря, лихорадку неясного генеза.

Для бактериологического исследования использовали «среднюю» порцию утренней мочи, полученную неинвазивным методом в соответствии с требованиями методических указаний МУ 4.2.2039-05. Для определения интенсивности бактериурии и выделения возбудителя заболевания в чистой культуре использовали унифицированный метод секторных посевов (метод Gould).

Определение чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам (ампициллину, амок-

сициллин/клавуланату, норфлоксацину, ципрофлоксацину и фосфомицину) осуществляли дискодиффузионным методом в соответствии с требованиями МУК 4.2.1890-04.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Бактерии семейства *Enterobacteriaceae* были выделены в 462 пробах из 1849 анализов мочи, что составило 25 % от числа исследованных проб. Среди 462 выделенных штаммов энтеробактерий проявляли устойчивость к ампициллину 143 штамма (31 %).

Видовой состав и количество ампициллинрезистентных энтеробактерий представлены в таблице 1, из которой следует, что преобладающую часть всех поражений вызывают *Escherichia coli* (67,8 %) и *Klebsiella spp.* (11,9 %), традиционно относимые к патогенам высокого уровня приоритетности, а также *Enterobacter cloacae* (14,7 %).

Незначительную долю составляли представители рода протеев и *Citrobacter spp.*

Анализ видового состава ампициллинрезистентных энтеробактерий, выделенных от женщин и мужчин подтверждает общую закономерность, что ИМП чаще страдают женщины.

Преобладающее количество ампициллинрезистентных энтеробактерий выделено от женщин (105 штаммов или 73,4 %), от мужчин выделено 38 штаммов (26,6 %) (табл. 2).

В связи с тем, что среди выделенных ампициллинрезистентных энтеробактерий преобладающим микроорганизмом является *Escherichia coli*,

Таблица 1
Видовой состав и количество ампициллинрезистентных бактерий семейства *Enterobacteriaceae*

Микроорганизмы	абс.	В %
<i>Escherichia coli</i>	97	67,8
<i>Enterobacter cloacae</i>	21	14,7
<i>Klebsiella spp.</i>	17	11,9
<i>Proteus mirabilis</i>	5	3,5
<i>Proteus vulgaris</i>	2	1,4
<i>Citrobacter spp.</i>	1	0,7
Всего:	143	100

Таблица 2
Ампициллинрезистентные штаммы энтеробактерий, выделенные от женщин и мужчин

Микроорганизмы	От женщин		От мужчин	
	абс.	В %	абс.	В %
<i>Escherichia coli</i>	74	70,5	23	60,5
<i>Enterobacter cloacae</i>	13	12,4	8	21,1
<i>Klebsiella spp.</i>	12	11,4	5	13,2
<i>Proteus mirabilis</i>	4	3,8	1	2,6
<i>Proteus vulgaris</i>	1	0,95	1	2,6
<i>Citrobacter spp.</i>	1	0,95	0	0
Всего:	105	100,0	38	100,0

проведен анализ чувствительности этого вида к четырем препаратам (амоксиклав, норфлоксацин, цiproфлoксацин и фосфомицин) (табл. 3).

Установлено, что ко всем четырем препаратам проявляют чувствительность 74,2 % ампициллин-резистентных штаммов *E. coli*, к трем из четырех препаратов — 15,5 %, к двум из четырех препаратов — 5,1 %, к одному из четырех препаратов — 3,1 %.

Один ампициллин-резистентный штамм *E. coli* из 97 был устойчив ко всем четырем препаратам. Этот панрезистентный штамм *E. coli* выделен от женщины с диагнозом «цистит» из центра амбулаторной хирургии. Еще один штамм *E. coli*, выделенный от женщины с диагнозом «цистит» из женской консультации, показал промежуточную чувствительность к цiproфлoксацину и устойчивость к трем препаратам.

Кроме *E. coli*, была обнаружена резистентность к четырем препаратам у одного штамма *Klebsiella spp.*, выделенного от женщины 74 лет с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (терапевтическое отделение).

Таким образом, всего 3 (2,1 %) из 143 изученных ампициллин-резистентных штаммов энтеробактерий показали устойчивость к четырем препаратам.

ВЫВОДЫ:

1. Видовой состав ампициллин-резистентных энтеробактерий, выделенных в Новокузнецкой ГКБ № 2, ограничен 6 видами (*Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Citrobacter spp.*).
2. Среди выделенных ампициллин-резистентных энтеробактерий преобладающим видом является *Escherichia coli*.
3. В связи с тем, что 2,1 % от 143 ампициллин-резистентных штаммов энтеробактерий проявили устойчивость к амоксициллин/клавуланату, норфлоксацину, цiproфлoксацину и фосфомицину, необходимо включать в исследование антибиотикочувствительности таких штаммов цефалоспорины (цефалексин, цефотаксим).

Таблица 3

Чувствительность ампициллин-резистентных *Escherichia coli* (n = 97), выделенных при ИМП

Количество штаммов		амоксиклав	норфлоксацин	цiproфлoксацин	фосфомицин
Абс.	В %				
72	74,2	S	S	S	S
11	11,3	R	S	S	S
2	2,1	S	S	R	S
2	2,1	R	R	S	R
2	2,1	R	R	S	S
1	1,0	S	S	J	S
1	1,0	J	S	S	S
1	1,0	R	S	S	R
1	1,0	R	R	R	R
1	1,0	R	R	J	R
1	1,0	S	R	J	J
1	1,0	S	R	S	J
1	1,0	S	R	S	R
97	99,8				

Примечание: S — чувствительный; J — промежуточный; R — устойчивый.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Некоторые положения клинической оценки антибиотикорезистентности энтеробактерий. http://www.dialab.dp.ua/doctors/info/Antibiotikoresist_enterobakery/default.asp
2. Ампициллин (Ampicillin) http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/ampicillin~21634.htm
3. МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам».
4. МУ 4.2.2039-05 «Техника сбора и транспортировки биоматериалов в микробиологические лаборатории».
5. Справочник по антимикробной терапии. Выпуск 2 / под ред. Р.С. Козлова, А.В. Дехнича. — Смоленск, 2010. — 416 с.



АЛЕКСЕЕВА Н.Б., ЧЕЛЫШЕВА Г.М.

МБЛПУ «Городская клиническая больница №2» Святого великомученика Георгия Победоносца,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
г. Новокузнецк

К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ САНАЦИИ СТАФИЛОКОККОВЫХ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЕЙ

В обзорной работе рассмотрены способы санации стафилококковых бактерионосителей, рекомендуемые как действующими регламентирующими документами, так и другими средствами применяемыми официальной медициной.

Ключевые слова: стафилококки; бактерионосители; факторы персистенции; санация.

ALEKSEEVA N.B., CHELYSHEVA G.M.

*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital N 2»,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk*

TO THE QUESTION OF HOW SANATION STAPHYLOCOCCAL BACILLICARRIERS

In a review paper discusses methods for remediation of staphylococcal bacteria carriers, as recommended by the regulations in force, as well as other means applied by official medicine.

Key words: staphylococcus; bacillicarriers; factors of persistence; drainage.

Корреспонденцию адресовать:

АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ N 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-78-03. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна, врач-бактериолог, бактериологическая лаборатория, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

ЧЕЛЫШЕВА Галина Матвеевна, канд. мед. наук, врач-бактериолог, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

ALEKSEEVA Nadezhda Borisovna, doctor-bacteriologist, bacteriological laboratory, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

CHELYSHEVA Galina Matveevna, candidate of medical sciences, doctor-bacteriologist, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

Для каждой области организма человека, связанной с внешней средой, характерна своя облигатная (нормальная) микрофлора. Случайные (транзиторные) микроорганизмы (в том числе и патогенные стафилококки), попавшие из внешней среды на кожу или слизистые, через некоторое время, при условии хорошего иммунитета, погибают, не выдержав конкуренции с «аборигенами» [1].

Стафилококки при нарушении функций нормофлоры или попадании в больших количествах заселяют кожу и слизистые на длительное время, при этом иммунная система не реагирует на их бессимптомное присутствие,

что приводит к хроническому носительству [2].

Бактерионосители являются основным источником гнойных стафилококковых инфекций, возникающих в акушерских и хирургических стационарах. Длительное переживание стафилококков и создание основы резидентного бактерионосительства обеспечивается факторами их персистенции (антилизоцимная, антиинтерфероновая, антикомплемментарная активности).

Люди, которые работают в детских и медицинских учреждениях, обязаны два раза в год сдавать посев слизи или клеток эпителия из переднего отдела носа. При положительных результатах



(т.е. обнаружении стафилококка) должна быть проведена санация носоглотки, чтобы работник не являлся постоянным источником инфекции в коллективе. После санации посев на носительство стафилококка повторяют, стремясь добиться отрицательного результата. Поскольку возможны рецидивы носительства, плановые посевы проводятся каждые полгода. Как правило, санация приводит к хорошим ближайшим результатам, но со временем носительство возобновляется, поэтому лечение необходимо регулярно повторять [3].

По данным бактериологической лаборатории МЛПУ ГKB № 2 среди обследованных на стафилококковое бактерионосительство в течение 2012-2013 годов ($n = 3626$ человек) выявлено 208 бактерионосителей (5,7 %).

Цель данного обзора — рассмотреть способы санации стафилококковых бактерионосителей, рекомендуемые как официальными материалами, так и другими антисептическими средствами, применяемыми официальной медициной.

Для эрадикации назофарингеального носительства *Staphylococcus aureus* использовать антибиотики нежелательно по нескольким причинам: а) большое количество штаммов (до 80 %) образует различные β -лактамазы, которые разрушают пенициллины и цефалоспорины, эффективные в отношении стафилококков. Лишь несколько антибиотиков способны помочь в случае инфекции MRSA (метициллинрезистентных стафилококков), например, ванкомицин, тейкопланин, линезолид, фузидиевая кислота; б) кроме того, антибактериальные средства вызывают дисбактериоз — нарушение микробного равновесия на коже и слизистых. Это само по себе способствует распространению патогенных и условно-патогенных бактерий и росту грибов (молочница и др.).

В Методических рекомендациях [2] рекомендуются способы санации, основанные на снижении персистентного потенциала стафилококка. Предлагаемые средства отличаются от существующих [1] тем, что подавляя персистентные (патогенные) свойства возбудителя, затрудняют его паразитирование внутри клеток и, тем самым, повышают эффективность санации. К таким препаратам относятся следующие:

- 1) Санация масляным раствором витамина А, который является активным антиоксидантом, снижает патогенные свойства стафилококка (но не убивает его) и способствует заживлению слизистой. Эффективность 78 %.
- 2) Санация электролизным водным раствором гипохлорита натрия. Раствор получают путем электролиза обычного физиологического раствора. Образуется антисептик, обладающий антимикробным, детоксицирующим, иммуномодулирующим свойствами. Не вызывает дисбактериоза в носу. Противопоказаний нет. Эффективность 87 %.

- 3) Санация микроклиматом спелеошахты. Нахождение в естественной или искусственной пещере со стенами из определенных типов минералов. Снижает патогенные свойства стафилококка, укрепляет иммунитет. Рекомендуется для санации бактерионосителей, страдающих аллергическими заболеваниями. Противопоказаний нет. Эффективность 91 %.

- 4) Санация раствором фурацилина + отвар травы зверобоя + натрий-карбоксиметилцеллюлозы (КМЦ). Фурацилин является антибактериальным компонентом, отвар травы зверобоя обладает высокой противостафилококковой активностью, уменьшает воспаление и усиливает регенерацию тканей. Натрий-карбоксиметилцеллюлоза стабилизирует раствор. Метод высокоэффективен и безопасен для слизистой оболочки носа.

В вышеуказанном приказе Минздрава СССР № 720 от 31.07.1978 г. вместо антибиотиков для санации носителей золотистого стафилококка рекомендуется ряд антисептических средств:

1. **Хлорофиллипт** — является экстрактом из листьев эвкалипта. Оказывает антибактериальное действие в отношении антибиотикоустойчивых стафилококков, широко применяется и в настоящее время, однако способен вызывать аллергические реакции. Для санации носительства стафилококка в носу используют 2 %-ный масляный раствор хлорофиллипта, для санации зева его полощут 1 %-спиртовым раствором хлорофиллипта.
2. **Риванол** — используется в виде свежеприготовленного раствора (из таблеток) 1 : 5000. Малотоксичен, не вызывает раздражения.
3. **Фурацилин** — широко применяемый в хирургических отделениях антисептик. Не раздражает ткани. В последние годы появились сообщения о распространении устойчивых к нему стафилококков.
4. **Лизоцим** — эффективен только бактериальный лизоцим золотистого стафилококка в отношении коагулазоотрицательных видов. В России производство бактериальных лизоцимов не налажено.
5. **Стафилококковый бактериофаг** — обладает незначительной эффективностью в связи с циркуляцией во внутрибольничной среде устойчивых к нему штаммов стафилококков.

Существуют также методы санации носителей госпитальных штаммов стафилококка с помощью **молочнокислых бактерий лактобактерий**.

Современная фармацевтическая промышленность предлагает следующие средства для санации и лечения стафилококковых инфекций:

1. **Мазь «Бактробан»** — содержит антибиотик мупироцин, который обладает высокой антистафилококковой активностью. Из-за специфического механизма действия и уникальной

химической структуры, мупироцин действует даже на устойчивые к другим антибиотикам стафилококки, в том числе устойчивых к метициллину. 2 % мазь для интраназального применения одобрена для эрадикации золотистого стафилококка. Бактробан (мупироцин) в настоящее время можно считать «золотым стандартом» в лечении поверхностных пиодермий.

2. **Октенисепт** — современный антисептик, применяется для обработки кожи и слизистых, в том числе и для санации носителей стафилококков. Содержит октенидиндигидрохлорид и 2-феноксиэтанол. Обычно не раздражает ткани и не мешает их заживлению. Воздействие достигается через 1 мин. и длится около 1 часа. Используется лишь для наружного применения. Не рекомендуется одновременное применение с йодсодержащими антисептиками. Разрешен беременным и детям.
3. **Банеоцин** — мазь для наружного применения, в которую входят 2 антибиотика — бацитрацин и неомицин. Оба антибиотика обладают бактерицидным действием по отношению к стафилококку, усиливая друг друга. Антибиотики мази почти не всасываются из кожи и потому не оказывают системных побочных эффектов, но создают в коже и слизистых

высокие химиотерапевтические концентрации.

4. **Фузидерм** — 2 %-ный крем (мазь), содержащий фузидиевую кислоту, которая подавляет стафилококк.
5. **Иммуномодуляторы:** лизаты (антигены) бактерий: ИРС-19 (назальный спрей, наиболее эффективен при хронических стафилококковых инфекциях носоглотки), стафилококковый анатоксин, вакцина стафилококковая (антифагин стафилококковый). Все они «тренируют» иммунную систему и потому формируют длительный иммунитет.
6. **Улучшающие обмен веществ:** линимент алоэ (мазь), является биогенным стимулятором. Обладает некоторой противомикробной активностью в отношении стафилококков и стрептококков.

Представленный перечень лекарственных препаратов, обладающих персистирующими, антибактериальными и иммуномодулирующими свойствами, для санации стафилококковых бактерионосителей, позволяет применять их отдельно и в комплексе друг с другом, а также при повторной санации заменять одни средства другими во избежание появления устойчивых штаммов стафилококка, что приводит к снижению или даже потере эффективности химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Инструкция по бактериологическому обследованию на выявление носителей патогенного стафилококка и проведению санации //Приложение к Приказу Минздрава СССР от 31.07. 1978 № 720.
2. Диагностика и санация стафилококковых бактерионосителей: метод. реком. //МЗ Российской Федерации. — 6.04.2001.
3. Павлов, И.А. Современные лекарственные средства /Павлов И.А. — М., 2010. — 640 с.



КЛОЧКОВА-АБЕЛ'ЯНЦ С.А., СУРЖИКОВА Г.С., КОВАЛЕНКО В.М., ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С.
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
г. Новокузнецк

ИНТЕРЛЕЙКИН-6 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЯМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Исследована патогенетическая значимость интерлейкина-6 в оценке активности иммунновоспалительного процесса и формирования анемического синдрома. Избыток ИЛ-6 при АХЗ через активацию гепсидина снижает доступность железа для эритропоэза, что является одним из патогенетических факторов в развитии анемий хронических заболеваний.

Ключевые слова: гипохромная анемия; железодефицитная анемия; анемия хронических заболеваний; провоспалительные цитокины.

KLOCHKOVA-ABELYANTS S.A., SURZHIKOVA G.S., KOVALENKO V.M., DOROFEEVSKAYA L.S.
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk

INTERLEUKIN-6 IN BLOOD SERUM AT PATIENTS WITH ANEMIAS OF CHRONIC DISEASES

Investigated the pathogenic significance of interleukin-6 in assessing the activity of the inflammatory process and the formation of anemic syndrome. Excess IL-6 when AHS through activation hepcidin reduces the availability of iron for erythropoiesis, which is one of the pathogenetic factors in the development of anemia of chronic disease.

Key words: hypochromic anemia; iron deficiency anemia; anemia of chronic disease; proinflammatory cytokines.

Корреспонденцию адресовать:

ДОРОФЕЕВСКАЯ Лариса Степановна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-52. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

КЛОЧКОВА-АБЕЛ'ЯНЦ Сатеник Аршавиловна, канд. мед. наук, доцент, кафедра клинической лабораторной диагностики, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
СУРЖИКОВА Галина Северьевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
КОВАЛЕНКО Владимир Михайлович, канд. мед. наук, доцент, кафедра терапии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
ДОРОФЕЕВСКАЯ Лариса Степановна, врач клинической лабораторной диагностики, зав. клинико-диагностической лабораторией, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

KLOCHKOVA-ABEL'YANC Satenik Arshavilovna candidate of medical sciences, docent, department of clinical laboratory diagnostics, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
SURZHIKOVA Galina Sever'evna, candidate of medical sciences, docent, head of department of clinical laboratory diagnostics, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
KOVALENKO Vladimir Mihajlovich, candidate of medical sciences, docent, department of , Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
DOROFEEVSKAYA Larisa Stepanovna, doctor of clinical laboratory diagnostics, head of clinical diagnostic laboratory, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Анемия, сопровождающая хронические воспалительные процессы, относится к так называемой анемии хронических заболеваний

(АХЗ) и занимает второе место по распространенности после ЖДА [1, 2] Характерной чертой этого типа анемии является сочетание пониженного

уровня железа сыворотки (гипоферремия) с достаточными его запасами в ретикулоэндотелиальной системе (РЭС). Согласно современным представлениям, патогенез АХЗ мультифакторный, и в его основе лежит иммуноопосредованный механизм [2, 4]. Полагают, что важным фактором иммунопатогенеза АХЗ является дисрегуляция нормального цитокинового баланса с увеличением продукции провоспалительных цитокинов [3, 4].

Цель исследования — изучение патогенетической значимости интерлейкина-6 в оценке активности иммуновоспалительного процесса и формирования анемического синдрома (АХЗ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были обследованы 296 женщин в возрасте от 16 до 60 лет с анемическим синдромом, из них у 103 женщин выявлена ЖДА, у 193 — АХЗ, при этом у 121 женщины диагностирована анемия, развившаяся на фоне ревматоидного артрита (РА), у 72 — АХЗ при бактериальных инфекциях (хронический тонзиллит, бактериальный эндокардит, хронический пиелонефрит). Контрольную группу составили 79 практически здоровых женщин.

Научно-исследовательская работа проведена в соответствии с Положениями Конституции РФ, п. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, Хельсинской декларацией, Всемирной медицинской ассоциации «Рекомендации для врачей, занимающихся биомедицинскими исследованиями с участием людей». Протокол исследования одобрен Комитетом по этике ГБОУ ДПО НГИУВа МЗ России. До начала исследования, все лица, участвующие в наблюдении, подписали письменное информированное согласие, утвержденное Комитетом по этике ГБОУ ДПО НГИУВа МЗ России.

Исследование гематологических показателей периферической крови проводили на гематологическом анализаторе *Весман Culter* с оценкой морфофункциональных характеристик эритроцитов. Определение железа в сыворотке крови и общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) проводили феррозиновым методом с использованием диагностических наборов на автоматическом биохимическом анализаторе *KONELAB-60i* с последующим вычислением латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ). Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина, который исследовали иммуноферментным методом, с использованием тест-систем. Содержание интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови исследовали методом твердофазного иммуноферментного метода с использованием тест-систем фирмы «Вектор-Бест».

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программных пакетов «MS-EXCEL», «BIOSTAT», Version 4.03, рассчитывали средние показатели (М) и среднюю ошибку среднего показателя (m). Для оценки достоверности результатов исследований использовали t-критерий Стьюдента. Нормальное распределение определялось с помощью критерия Шапиро-Уилка. Корреляционный анализ проводили с помощью ранговой корреляции по Спирмену. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У лиц с АХЗ на фоне бактериальных инфекций и при аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани уровни СЖ, ОЖСС и КНТ были значимо ниже по сравнению с контрольной группой. Уровень СФ в группе лиц с АХЗ при бактериальных инфекциях и аутоиммунных заболеваниях составил $155,81 \pm 24,56$ нг/мл и $210,64 \pm 30,1$ нг/мл, соответственно, против $33,55 \pm 2,59$ нг/мл у здоровых лиц ($p < 0,001$), то есть количество депонированного железа в организме, определяемое по уровню сывороточного ферритина, не было сниженным, несмотря на выраженный гипохромный характер выявленных анемий. У всех обследованных больных ЖДА отмечалось достоверное снижение гематокритного показателя и объема эритроцитов, среднего содержания гемоглобина (МСН) и средней концентрации гемоглобина (МСНС) в эритроцитах, снижение уровня СЖ и КНТ, при значимо повышенных ОЖСС и ЛЖСС по сравнению с таковыми у здоровых лиц ($p < 0,05$). Уровень СФ у больных ЖДА составил в среднем $4,91 \pm 0,66$ нг/мл и был значимо ниже по сравнению с таковым в контрольной группе ($p < 0,05$), что в совокупности с клиническими данными, результатами гематологических исследований и исследованием феррокинетике свидетельствовало о микроцитарном, гипохромном, железодефицитном характере анемии.

Содержание ИЛ-6 у больных с АХЗ на фоне РА и при инфекционно-воспалительных заболеваниях было значимо высоким, и составило, соответственно, $43,39 \pm 11,93$ пг/мл ($p < 0,05$) и $48,27 \pm 12,86$ пг/мл ($p < 0,001$) против $2,78 \pm 0,23$ пг/мл у здоровых лиц. Уровень ИЛ-6 у больных АХЗ по мере снижения уровня гемоглобина повышался и при анемиях средней и тяжелой степени был наиболее высоким, что согласуется с современными представлениями об активации под влиянием ИЛ-6 железорегуляторного белка гепсидина, играющего роль негативного медиатора в регуляции метаболизма железа и инкорпорации его в эритроидные клетки [2]. При исследовании корреляционной зависимости, нами выявлена обратная взаимосвязь между уровнем ИЛ-6 и содержанием гемоглобина у



больных АХЗ при бактериальных инфекциях и на фоне ревматоидного артрита, коэффициенты корреляции которых составили соответственно: $-0,7$ ($p < 0,001$) и $-0,86$ ($p < 0,001$). Содержание ИЛ-6 в сыворотке крови при ЖДА составило в среднем $2,67 \pm 0,47$ пг/мл, не отличалось от аналогичного показателя в контрольной группе ($p > 0,05$) и было значимо ниже аналогичного показателя у лиц с анемиями хронических заболеваний ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анемии хронических заболеваний на фоне ревматоидного артрита и при инфекционно-воспалительных заболеваниях отмечаются нарушения в системе цитокиновой иммунорегуляции. Избыток ИЛ-6 при АХЗ через активацию гепсидина снижает доступность железа для эритропоэза, что является одним из патогенетических факторов в развитии анемий хронических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. – М.: Ньюдиамед, 2001. – 168 с.
2. Данилов И.П., Цвирко Д.Г. Повышенная экспрессия гепсидина: ключ к пониманию патогенеза анемии хронических заболеваний // Медицинские новости, 2005. – №6. – С. 40-42.
3. Якубова Е.Г. Ранняя диагностика и профилактика дефицита микронутриентов (йода и железа) в период гестации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тюмень, 2011. – 22 с.
4. Thomas C., Thomas L. Biochemical markers and hematologic indices in the diagnosis of functional iron deficiency // Clinical Chemistry, 2002. – v. 48. – p. 1066-1076.





МИДЛЕР С.М., АЛЕКСЕЕВА Н.Б., ЧЕЛЫШЕВА Г.М.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 2» Святого великомученика Георгия Победоносца,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России,
г. Новокузнецк

ВАНКОМИЦИНРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КУЛЬТУР СТАФИЛОКОККОВ И ЭНТЕРОКОККОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

В работе представлены материалы по изучению частоты выявления ванкомицинрезистентных штаммов *Staphylococcus* spp. и *Enterococcus* spp., выделенных от больных из различного клинического материала. Исследования проводились на базе МБЛПУ ГКБ №2.

Ключевые слова: ванкомицин; резистентность; *Staphylococcus* spp.; *Enterococcus* spp.

MIDLER S.M., ALEKSEEVA N.B., CHELYSHEVA G.M.

*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital N 2»,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk*

VANCOMYCIN CROPS STAPHYLOCOCCI AND ENTEROCOCCI IN VARIOUS INFECTIOUS COMPLICATIONS

The paper presents the materials for the study of the frequency of detection of vancomycin strains of *Staphylococcus* spp. and *Enterococcus* spp., isolated from patients from different clinical specimens. The studies were conducted on the basis of MBLPU GKB №2.

Key words: vancomycin; resistance; *Staphylococcus* spp.; *Enterococcus* spp.

Корреспонденцию адресовать:

АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-78-03. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

МИДЛЕР Светлана Мансуровна, врач-бактериолог, бактериологическая лаборатория, МЛПУ «ГКБ № 2» Святого великомученика Георгия Победоносца, г. Новокузнецк, Россия.
АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна, врач-бактериолог, бактериологическая лаборатория, МЛПУ «ГКБ № 2» Святого великомученика Георгия Победоносца, г. Новокузнецк, Россия.
ЧЕЛЫШЕВА Галина Матвеевна, канд. мед. наук, врач-бактериолог, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

MIDLER Svetlana Mansurovna, doctor-bacteriologist, bacteriological laboratory, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
ALEKSEEVA Nadezhda Borisovna, doctor-bacteriologist, bacteriological laboratory, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
CHELYSHEVA Galina Matveevna, candidate of medical sciences, doctor-bacteriologist, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

Ванкомицин является препаратом выбора (наряду с оксазолидинонами) для лечения инфекций, вызванных штаммами стафилококков и энтерококков, резистентными к бета-лактамам и аминогликозидам. Оказывает бактерицидное действие, нарушая синтез клеточной стенки (подобно бета-лактамам) и синтез РНК (подобно аминогликозидам). Ванкомицинрезистентность

стала проблемой сравнительно недавно. Появление сообщений об устойчивости стафилококков к гликопептидам, к которым относится ванкомицин, требует внимательного отношения к оценке результатов исследования. По данным ВОЗ, за последние 10 лет шестикратно возросла заболеваемость людей стафилококковыми инфекциями, возбудителем которых является *Staph. aureus*.



При оценке чувствительности *Staphylococcus* spp. в первую очередь необходимо тестировать препараты, имеющие основное клиническое значение: беталактамы, макролиды, фторхинолоны, аминогликозиды и ванкомицин [1].

В ряде регионов России устойчивость энтерококков к ванкомицину также является серьезной клинической проблемой. Поэтому для выявления устойчивости энтерококков и стафилококков к ванкомицину имеет смысл проводить целенаправленный скрининг. Энтерококки характеризуются природной устойчивостью ко многим антибактериальным препаратам (цефалоспорином, аминогликозидам), а клиническое значение наблюдаемой *in vitro* чувствительности к тетрациклину, хлорамфениколу, макролидам и рифампицину окончательно не определено. Таким образом, перечень препаратов, подлежащих включению в исследование энтерококков, весьма ограничен. В отношении ванкомицинрезистентных энтерококков, несмотря на отсутствие убедительных данных, возможно оценивать активность к тетрациклину, хлорамфениколу, макролидам и рифампицину [1, 2].

Цель исследования — изучение частоты выявления ванкомицинрезистентных штаммов *Staphylococcus* spp. и *Enterococcus* spp., выделенных от больных из различного клинического материала.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводились на базе МЛПУ ГKB № 2, ЦРБ и ЦАХ. Забор клинического материала, идентификацию выделенных микроорганизмов, определение чувствительности диско-диффузионным методом и статистическую обработку результатов осуществляли общепринятыми методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В течение 2013 года было выделено 1575 штаммов, из них 1143 культуры стафилококков трех

видов: *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis* и *Staph. saprophyticus* и 432 культуры энтерококков двух видов: *Enterococcus faecalis* и *Enterococcus faecium*.

Ванкомицинрезистентные (VR) стафилококки были выделены в 5,8 % исследований ($n = 66$), преимущественно от стационарных больных (90,9 % случаев). Преобладающим видом являлся *Staph. aureus* (40,9 % от числа выявленных VR-стафилококков), на втором месте — *Staph. saprophyticus* (31,8 %) и на третьем — *Staph. epidermidis* (27,3 %). Большинство штаммов VR-стафилококков высевались из цервикального канала (45,4 %) при различных гинекологических заболеваниях и беременности, из них 60 % — *Staph. aureus*. Штаммы VR-*Staph. saprophyticus* в 75 % случаев были обнаружены в моче, *Staph. epidermidis* в равной степени выделялся из цервикального канала, ран, мочи и отделяемого конъюнктивы.

Чувствительность (S) VR-стафилококков варьировала в зависимости от изученных препаратов. Как видно из данных таблицы 1, стафилококки оказались наиболее чувствительны к гентамицину (86,3 %) и левофлоксацину (72,7 %). Наибольший уровень резистентности (R) стафилококков отмечен к оксациллину и эритромицину (86,3 %). Только 4,5 % VR стафилококков (*Staph. epidermidis*) были чувствительны ко всем изученным антибиотикам.

Энтерококки, резистентные к ванкомицину, были обнаружены в 12,5 % исследований ($n = 54$), из них 94,4 % штаммов принадлежали к виду *Enterococcus faecalis*. Большинство штаммов этого вида высевались из мочи при различных урологических инфекциях (70,6 %) от стационарных больных (66,7 %).

Наибольший уровень резистентных энтерококков отмечен (табл. 2) к оксациллину (88,9 %), левофлоксацину (55,5 % устойчивых и 5,6 % умеренно устойчивых) и цефотаксиму (50 %). Высокой активностью в отношении VR-энтерококков обладали амоксилав (83,3 % штаммов) и меньшей — азитромицин (55,6 %).

Таблица 1
Чувствительность штаммов VR-*Staphylococcus* spp. к антибактериальным препаратам, абс. (%), $M \pm m$)

	Оксациллин	Эритромицин	Клиндамицин	Левофлоксацин	Гентамицин
S	6 (9,1 $\pm$ 1,2)	9 (13,7 $\pm$ 1,8)	18 (27,2 $\pm$ 3,0)	48 (72,7 $\pm$ 3,0)	57 (86,3 $\pm$ 1,8)
R	57 (86,3 $\pm$ 1,8)	57 (86,3 $\pm$ 1,8)	45 (68,2 $\pm$ 3,3)	12 (18,2 $\pm$ 2,2)	9 (13,7 $\pm$ 1,8)
I	3 (4,6 $\pm$ 0,7)	-	3 (4,6 $\pm$ 0,7)	6 (9,1 $\pm$ 1,2)	-

Таблица 2
Чувствительность штаммов VR-*Enterococcus* spp. к антибактериальным препаратам, абс. (%), $M \pm m$)

	Оксациллин	Амоксилав	Азитромицин	Цефотаксим	Левофлоксацин
S	6 (11,1 $\pm$ 1,8)	45 (83,3 $\pm$ 2,6)	30 (55,6 $\pm$ 4,6)	27 (50,0 $\pm$ 4,6)	21 (38,9 $\pm$ 4,4)
R	48 (88,9 $\pm$ 1,8)	6 (11,1 $\pm$ 1,8)	24 (44,4 $\pm$ 4,6)	27 (50,0 $\pm$ 4,6)	30 (55,5 $\pm$ 4,6)
I	-	3 (5,6 $\pm$ 1,0)	-	-	3 (5,6 $\pm$ 1,0)



В целом VR-энтерококки были более чувствительны к антибактериальным препаратам, чем стафилококки: 27,8 % энтерококков и только 9,1 % стафилококков обладали чувствительностью к 80-100 % изученных антимикробных средств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, из представленных данных можно заключить, что резистентность к ванко-

мицину у стафилококков и энтерококков чаще всего сочеталась с устойчивостью к оксацилину (в среднем в 87,6 % случаев). Для эмпирической терапии инфекционных осложнений, вызванных VR-стафилококками наиболее эффективны аминогликозиды (гентамицин, амикацин), а для лечения VR-энтерококковых инфекций — комбинированные пенициллины (амоксиклав).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам: метод. указания. — МУК 4.2.1890-04.
2. Страчунский, Л.С. Внебольничные MRSA — новая проблема антибиотикорезистентности /Страчунский Л.С., Белькова Ю.А., Дехнич А.В. //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 32-46.





РАЗДОБУРДИНА Е.В., ШЕХТМАН С.В., ВОЛОДИНА Н.Н.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАГНИЯ В КРОВИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ «МБЛПУ ГКБ № 2 Г. НОВОКУЗНЕЦК» С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Дефицит магния неблагоприятно влияет на терапию многих заболеваний, и может оказывать неблагоприятное влияние на их исход. Целью исследования являлось изучение распространенности дефицита магния у амбулаторных пациентов МБЛПУ ГКБ № 2 г. Новокузнецка. Полученные данные показывают, что магнидефицитных состояний в выборках при исследовании зафиксировано не было. Это говорит о том, что врачи МБЛПУ ГКБ № 2 подходят к лечению заболеваний всесторонне, отслеживая, как и терапию данной болезни, так и уделяя внимание недостатку данного микроэлемента, что благоприятно влияет на течение болезни.

Ключевые слова: магний; дефицит магния; заболевания различной этиологии.

RAZDOBURDINA E.V., SHEHTMAN S.V., VOLODINA N.N.
City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk

RESEARCH OF INDEXES OF MAGNESIUM IN BLOOD AT AMBULATORY PATIENTS OF CITY CLINICAL HOSPITAL N 2 IN NOVOKUZNETSK WITH DISEASES OF DIFFERENT ETIOLOGY

The magnesium deficit unfavorably influences therapy of many diseases, and can have unfavorable impact on their outcome. The aim of the study was to investigate the prevalence of magnesium deficiency in ambulatory patients of City clinical hospital N 2. The data obtained show that magnificet States in the samples under study were recorded. This suggests that doctors of City clinical hospital №2 approach to the treatment of diseases comprehensively, tracking, and therapy of this disease, and paying attention to the lack of this trace element that has a positive effect on the disease.

Key words: magnesium; the magnesium deficit; diseases of different etiology.

Корреспонденцию адресовать:

ШЕХТМАН Светлана Владимировна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-77-71. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

РАЗДОБУРДИНА Евгения Владимировна, врач клинической лабораторной диагностики, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ШЕХТМАН Светлана Владимировна, врач клинической лабораторной диагностики, заведующая биохимической лабораторией, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ВОЛОДИНА Наталья Николаевна, зам. главного врача по лечебной части, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

RAZDOBURDINA Evgeniya Vladimirovna, doctor of clinical laboratory diagnostics, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
SHEKHTMAN Svetlana Vladimirovna, doctor of clinical laboratory diagnostics, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
VOLODINA Nataliya Nikolaevna, deputy chief medical officer for medical parts, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

В последние годы внимание исследователей в различных областях клинической медицины привлечено к проблеме дефицита магния и его роли в формировании различных патологических состояний и патологических процессов человеческого организма. Среди всех ка-

тионов магний занимает 4-е место по содержанию в организме человека после K^+ , Na^+ , Ca^{2+} и 2-е место после K^+ по содержанию в клетке. Большая часть магния содержится внутри клетки. Чем выше метаболическая активность клетки, тем выше содержание в ней магния [1]. Нормальный уровень магния в организме человека признан основополагающей константой, контролирующей здоровье человека. Дефицит магния характеризуется множеством симптомов и синдромов, наиболее ранними из которых являются отклонения в функционировании нервной, сердечно-сосудистой систем, формирование дисплазии соединительной ткани.

Согласно данным ряда исследований, в последние десятилетия наблюдается устойчивое и прогрессирующее снижение употребления магния с пищей, гораздо меньше оптимального, рекомендованного ежедневного количества. Причем дисбаланс в питании, связанный с повышенным потреблением жиров и/или кальция, может усилить недостаточность магния, особенно в стрессовых условиях, когда адреналин стимулирует комплексообразование магния с освобожденными жирными кислотами.

Проведенные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что уровень магния в сыворотке обратно связан с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, метаболический синдром, а также с наличием ишемической болезни сердца. Также микроэлемент в первую очередь определяет нормальную работу нервной системы. Доказательная медицина и эпидемиологические исследования обобщили многочисленные данные, что вследствие дефицита магния и кальция в диете (магнийдефицитная пища и мягкая вода) повышена частота гипертонической болезни. Это объясняется участием магния в механизмах регуляции артериального давления. Применение магния способствует вазопroteкции, снижению уровня липидов в крови, что тормозит атеросклеротическое поражение сосудов.

Дополнительный прием магния во время беременности коррелирует со значительным уменьшением случаев госпитализации матери, сокращением числа преждевременных родов и меньшим количеством случаев лечения новорожденных в палате интенсивной терапии [2].

Таким образом, магнийдефицитные состояния наиболее часто сопровождают развитие артериальной гипертензии, сердечно-сосудистой патологии, повышенный риск инфаркта миокарда, инсульта мозга, атеросклероза, диабета, преждевременные роды и ряд других патологических процессов.

Дефицит магния неблагоприятно влияет на терапию многих заболеваний, и может ока-

зывать неблагоприятное влияние на их исход. Развитие магнийдефицитных состояний чаще всего связано с алиментарными факторами, нарушением всасывания или утилизации магния, либо его увеличенными потерями. Изучение дефицита магния у пациентов представляет как научно-практический, так и социальный интерес, поскольку несвоевременно выявленный и скорректированный, он негативно влияет на течение и исход какого-либо нормального или патологического состояния.

Цель исследования — изучить распространенность дефицита магния у амбулаторных пациентов МБЛПУ ГКБ № 2 г. Новокузнецка с применением современных лабораторных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 98 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет с различными диагнозами. Из них, 25 человек в возрасте от 45 до 75 лет с неврологическими изменениями (ишемическая болезнь мозга, постинсультные состояния, цереброваскулярные нарушения, нарушения мозгового кровообращения), 49 — в возрасте от 35 до 75 лет — с кардиологическими нарушениями (ишемическая болезнь сердца, аритмии различного генеза, артериальная гипертензия, постинфарктные состояния), 24 женщины в возрасте от 25 до 40 лет на различных сроках беременности. Контрольную группу составили 34 практически здоровых человека в возрасте от 25 до 45 лет.

Все пробы у пациентов были забраны между 7 и 9 часами утра. Взятие проб проводилось до проведения диагностических и лечебных процедур. Для получения сыворотки пробы крови были отцентрифугированы 10×1000 g. Определение концентрации сывороточного магния проводилось колориметрическим методом на биохимическом анализаторе Kone Lab 30i. Референтные значения магния данным методом составляют 0,66-1,07 ммоль/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группе пациентов с неврологическими нарушениями средние показатели магния составили $0,83 \pm 0,063$ ммоль/л. У пациентов с кардиологической патологией показатели магния составили $0,88 \pm 0,054$ ммоль/л.

И в группе беременных женщин составил $0,85 \pm 0,074$ ммоль/л. В контрольной группе показатели сывороточного магния составили $0,88 \pm 0,058$ ммоль/л. Таким образом, достоверных изменений сывороточного магния в исследуемых группах от контрольной отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные показывают, что магнийдефицитных состояний в наших выборках зафиксировано не было. Данные у амбулаторных



пациентов не имеют достоверных отличий от контрольной группы практически здоровых людей. И все показатели входят в референтные значения для нашей лаборатории. Нами, конечно, были проведены скрининговые исследования с использованием рутинных методов, применяемых для определения магния в каждодневных обследованиях пациентов. Несмотря на литературные данные отклонений от нормы в наших выборках при определении сывороточного магния не зафиксировано. Наши данные могут свидетельствовать, что врачи МБЛПУ ГKB № 2 подходят к лечению заболеваний всесторонне, отслеживая, как и терапию данной болезни, так и уделяя внимание недостатку данного микроэлемента, что благоприятно влияет на течение болезни. В свою очередь можно сказать, что и пациенты с заболеваниями со своей стороны тоже начинают уде-

лять внимание правильному питанию, здоровому образу жизни, благоприятно сказывающемуся на их состоянии. Конечно, есть данные, что уровень магния в сыворотке крови часто остается нормальным, несмотря на снижение его содержания в организме.

В целом, ни сывороточный уровень, ни определение внутриклеточного содержания магния не дают верного представления о его физиологической активности, в отличие от определения свободного магния, что возможно методом магнитно-резонансной томографии [3]. Однако в клинической практике доступным является только определение сывороточного уровня магния. Несмотря на то, что почти весь магний находится в организме внутриклеточно, низкий уровень его содержания в сыворотке коррелирует с общим дефицитом магния [4].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клиническая биохимия /под ред. В.А. Ткачука. – М., 2004. – 512 с.
2. Драгун, И.Е. Обоснование применения витаминно-минеральных комплексов у беременных /Драгун И.Е., Михайлова О.И. //ПМЖ. – 2008. – Т. 16, № 19. – С. 1262-1264.
3. White, R.E. Magnesium ions in cardiac function: Regulator of ion channels and second messengers /White R.E., Hurtle H.C. //Biochem. Pharmacol. – 1989. – V. 38. – P. 859-867.
4. Elin, R.J. Magnesium metabolism in health and disease /Elin R.J. /In Disease-a-Month. (Ed. Bone RC). Year Book Medical Publishers, Inc. (1988).
5. Городецкий, В.В. Препараты магния в медицинской практике. Малая энциклопедия магния /Городецкий В.В., Талибов О.Б. – М., 2006. – 223 с.





СУРЖИКОВА Г.С., ОСИПОВА Е.А.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Новокузнецк

СЕКРЕТОРНЫЙ Ig A У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Выполнена оценка состояния местного иммунитета у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями урогенитального тракта по уровню секреторного иммуноглобулина А. Показано, что исследование секреторного IgA вагинального секрета необходимо использовать в качестве объективного критерия депрессии местного иммунитета при хронических инфекционно-воспалительных процессах урогенитального тракта у женщин.

Ключевые слова: микробиоценоз влагалища; нормобиота; условно-патогенные микроорганизмы; секреторный IgA.

SURZHIKOVA G.S., OSIPOVA E.A.

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk

SECRETORY IMMUNOGLOBULIN A IN WOMEN WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE UROGENITAL TRACT

The estimation of the state of local immunity in women with chronic inflammatory diseases of the urogenital tract in the level of secretory immunoglobulin A. It is shown that the study of secretory IgA vaginal secretions should be used as an objective criterion of depression of local immunity in chronic infectious and inflammatory processes of the urogenital tract in women.

Key words: microbiocenosis vagina; normobiota; opportunistic microorganisms; secretory immunoglobulin A.

Корреспонденцию адресовать:

СУРЖИКОВА Галина Северьевна,
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5,
ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России.
Тел: 8 (3843) 45-48-73; 45-42-19. E-mail: postmaster@rambler.ru

Сведения об авторах:

СУРЖИКОВА Галина Северьевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
ОСИПОВА Елена Алексеевна, ассистент, кафедра клинической лабораторной диагностики, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

SURZHIKOVA Galina Sever'evna, candidate of medical sciences, docent, head of the department of clinical laboratory diagnostics, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.
OSIPOVA Elena Alekseevna, assistant, department of clinical laboratory diagnostics, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

Инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта у женщин в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости занимают первое место в мире. В последние годы большое внимание уделяется урогенитальным инфекциям, возбудителями которых являются *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* [1]. Эти

микроорганизмы отличаются полирезистентностью к антибиотикам и атипичными биологическими свойствами. Кроме того, заболевания, вызванные условно-патогенной микрофлорой могут протекать как с клинически выраженной симптоматикой, так и бессимптомно. Установлено, что урогенитальные заболевания, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, являются причиной увеличения риска заболевания



инфекциями, передающимися половым путем (трихомониаз, хламидиоз, гонорея). В развитии и хронизации инфекционных процессов наряду с особенностями возбудителей, их патогенными и инвазивными свойствами, значительную роль играет нарушение нормального функционирования и взаимодействия различных звеньев иммунной системы [1, 2]. В борьбе с инфекционными агентами значительная роль отводится факторам защиты местного иммунитета (цитокинам, лизоциму в кооперации с эпителиальными клетками, моноцитам, нейтрофилам, комплементу, иммуноглобулинам) [3, 4]. Одним из иммуноглобулинов играющим значительную роль в защите половых органов от инфекционных агентов является секреторный иммуноглобулин А (sIgA). Секреторный иммуноглобулин А относится к маркерам местного, локального иммунитета. Во всех секретах sIgA, связываясь с бактериями и вирусами, предотвращает их адгезию к поверхности слизистой и стимулирует фагоцитоз, обеспечивая тем самым местную резистентность к инфекции. Концентрация sIgA является показателем физиологического состояния организма и определяет степень отклонения естественной резистентности организма от индивидуальной физиологической нормы.

Реагирование системы локального иммунитета на инфицирование организма патогенными возбудителями и на вызываемые ими воспалительные реакции фиксировалось многими исследователями [5]. Однако результаты этих работ достаточно разноречивы, что, по-видимому, с одной стороны, связано с развитием методов исследования иммуноглобулинов, с другой стороны — с различными задачами исследований [5].

Цель исследования — оценить состояние местного иммунитета у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями урогенитального тракта по уровню секреторного иммуноглобулина А.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 100 женщин в возрасте от 23 до 48 лет с обострением хронического аднексита, эндометрита, находящиеся на лечении в гинекологическом отделении «Городской клинической больницы № 1». Длительность заболевания от полугода до 5 лет. Рецидивы заболевания отмечались с частотой 1 раз в 6 месяцев. До начала исследования, все лица, участвующие в наблюдении, подписали письменное информированное согласие, утвержденное Комитетом по этике ГБОУ ДПО НГИУВа МЗ России.

Всем обследуемым женщинам проведены исследования: определение видоспецифичных антител методом иммуноферментного анализа, выявление видо- и родоспецифичных ДНК возбудителей, определяемых методом полимеразной цепной реакции, количественная оценка

нормофлоры и условно-патогенных микроорганизмов урогенитального тракта — аэробных микроорганизмов (*Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.), анаэробных микроорганизмов (*Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas* spp.; *Atopobium vaginae*, *Eubacterium* spp.; *Sneathia* spp./*Leptotrichia* spp./*Fusobacterium* spp.; *Megasphaera* spp./*Veillonella* spp./*Dialister* spp.; *Lachnobacterium* spp./*Clostridium* spp./*Mobiluncus* spp./*Corynebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp.), а также *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Candida* spp., с учетом общей бактериальной массы. Оценка биоценоза влагалища проводилась методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

На основании определения этиологической структуры дисбаланса биоты сформированы 4 группы больных:

- 1 группа — 35 женщин с уре- и микоплазменной инфекциями;
- 2 группа — 27 женщин с вагинальным кандидозом;
- 3 группа — 18 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, вызванными факультативными аэробными микроорганизмами (*Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.);
- 4 группа — 20 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, вызванными анаэробными микроорганизмами (*Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas* spp., *Megasphaera* spp., *Corynebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp.).

Контрольную группу составили 49 практически здоровых женщин в возрасте от 20 до 45 лет.

Секреторный IgA определяли в сыроворотке крови и вагинальном секрете методом твердофазного иммуноферментного анализа (г Новосибирск). Исследуемый материал — вагинальный секрет забирали с верхнебокового свода влагалища в пробирку типа «эппендорф» с раствором для разведения сывороток (500 мкл), с дальнейшим разведением вагинального секрета 1/1000. Расчет концентрации sIgA проводили с использованием компьютерного программного обеспечения для расчета концентрации секреторного IgA в биологических жидкостях.

Анализ данных проводили с помощью пакета программ «Statistica» версия 6,0. Достоверность различий результатов лабораторных исследований между группами проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Для проверки гипотезы о «нормальности» распределения признака у сравниваемых групп использовали критерий Колмогорова-Смирнова.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При исследовании секреторного IgA в вагинальном секрете его уровень был значимо снижен у всех обследованных женщин и составлял при мико-уреаплазменной инфекции $1,03 \pm 1,0$ мг/л, в группе женщин с хроническими воспалительными заболеваниями, вызванными факультативными аэробными микроорганизмами (*Enterobacteraceae*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.) $2,08 \pm 0,7$ мг/л, у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями, вызванными *Candida albicans* $0,83 \pm 1,02$ мг/л и при хронических воспалительных процессах, вызванных анаэробными микроорганизмами (*Gardnerella vaginalis*/*Prevotella bivia*/*Porphyromonas* spp., *Megasphaera* spp., *Corynebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp.) был в пределах $21,63 \pm 9,92$ мг/л против $78,06 \pm 8,89$ мг/л у здоровых женщин ($p = 0,001$). При этом наиболее низкий уровень sIgA выявлен у пациенток с вагинальным кандидозом и мико-уреаплазменной инфекциями.

При исследовании биоценоза влагалища количество лактобактерий значительно снижено у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями, вызванными мико-уреаплазмами, анаэробными и факультативными аэробными возбудителями и составлял $41,5 \pm 2,01$ %, $51,5 \pm 1,95$ %, $50,2 \pm 1,03$ %, соответственно, против $65 \pm 3,82$ % лактобактерий влагалища у здоровых женщин. Снижение количества лактобактерий способствует активации условно-патогенной микрофлоры влагалища и развитию инфекционно-воспалительных процессов в урогенитальном тракте. В группе женщин с хроническими воспалительными заболеваниями, вызванными *Candida albicans* уровень лактобактерий составил $69,2 \pm 2,52$ %, что значимо не отличается от уровня у здоровых женщин. У женщин с вагинальным кандидозом при крайне низком уровне sIgA, обеспечивающим локальный иммунитет, количество лактобактерий оставалось в пределах нормальных величин.

При исследовании sIgA в сыворотке крови его уровень при хронических инфекциях существенно не отличался от такового уровня у здоровых женщин, в то время как снижение концентрации sIgA в вагинальном секрете при хронических воспалительных заболеваниях урогенитального тракта у женщин был весьма значимым.

Снижение sIgA в вагинальном секрете при инфекционно-воспалительных процессах, вызванных различной микрофлорой, свидетельствует о нарушении локального иммунитета у обследованных женщин. Наиболее значительные нарушения выявлены у больных с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, вызванных *Candida albicans* и мико-уреаплазменной инфекциями, что отражает наибольшую патогенетическую роль инфекционной агрессии при данных инфекциях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Снижение sIgA в вагинальном секрете указывает на недостаточность функции местного иммунитета при хронических воспалительных заболеваниях урогенитального тракта.
2. При снижении sIgA в вагинальном секрете имеет место нарушение нормобиоты и значительное уменьшение количества лактобактерий за исключением хронических воспалительных заболеваний, вызванных *Candida albicans*.
3. Уровень sIgA в сыворотке крови существенно не изменяется при хронических воспалительных заболеваниях половых органов у женщин.
4. Исследование секреторного IgA вагинального секрета необходимо использовать в качестве объективного критерия депрессии местного иммунитета при хронических инфекционно-воспалительных процессах урогенитального тракта у женщин с последующим проведением иммунокорректирующей терапии. Исследование секреторного IgA в вагинальном секрете в клинических условиях доступно.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дмитриев, Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций /Дмитриев Г.А. – М.; Н-Новгород, 2003. – 336 с.
2. Кисина, В.И. Клинико-диагностические аспекты и лечение вагинальных инфекций /Кисина В.И. //Consilium medicum. – 2004. – Т. 6, № 3. – С. 2020-204.
3. Баткаев, Э.А. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения урогенитального трихомониаза /Баткаев Э.А., Рюмин Д.В. //Новые лекарства. – 2004. – № 2(13). – С. 4-14.
4. Характеристика биоты урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР в реальном времени /Болдырева М.Н., Липова Е.В., Алексеев Л.П. и другие //Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – № 6. – С. 36-42.
5. Анкирская, А.С. Опыт микробиологической диагностики оппортунистических инфекций влагалища /Анкирская А.С., Муравьева В.В. //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2001. – Т. 3, № 2. – С. 190-194.



СЫЧЕВА И.А., АЛЕКСЕЕВА Н.Б., ЧЕЛЫШЕВА Г.М.

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2» Святого великомученика Георгия Победоносца,
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России,
г. Новокузнецк

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ БАКТЕРИУРИИ И ВИДОВАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОЛОГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В работе представлены обобщенные результаты микробиологических исследований, проводившихся для подтверждения диагноза у больных пожилого возраста, с целью получения эпидданных по распространенности урологических инфекций среди данного контингента населения промышленного региона.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей; условно-патогенные микроорганизмы; снижение иммунитета; чувствительность к антибактериальным препаратам.

SYCHEVA I.A., ALEKSEEVA N.B., CHELYSHEVA G.M.

*Municipal clinical Health Care Facility «City Hospital N 2»,
Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk*

PREVALENCE BACTERIURIA OR SPECIES SPECIFICITY AGENTS URINARY TRACT INFECTION IN ELDERLY PATIENTS

The paper summarizes the results of microbiological studies carried out to confirm the diagnosis in elderly patients, in order to obtain epidemiological data on the most common urological infections among this group of the population of the industrial region.

Key words: urinary tract infection; opportunistic pathogens; decreased immunity; sensitivity to antibiotics.

Корреспонденцию адресовать:

АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-78-03. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

СЫЧЕВА Ирина Анатольевна, зав. бактериологической лабораторией, МЛПУ «ГКБ № 2» Святого великомученика Георгия Победоносца, г. Новокузнецк, Россия.

АЛЕКСЕЕВА Надежда Борисовна, врач-бактериолог, бактериологическая лаборатория, МЛПУ «ГКБ № 2» Святого великомученика Георгия Победоносца, г. Новокузнецк, Россия.

ЧЕЛЫШЕВА Галина Матвеевна, канд. мед. наук, врач-бактериолог, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

SYICHEVA Irina Anatolievna, head of the bacteriological laboratory, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

ALEKSEEVA Nadezhda Borisovna, doctor-bacteriologist, bacteriological laboratory, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

CHELYSHEVA Galina Matveevna, candidate of medical sciences, doctor-bacteriologist, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia.

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) относятся к одним из наиболее распространенных бактериальных заболеваний. В России регистрируется около 1000 случаев ИМП на 100000 населения в год. В подавляющем большинстве случаев инфекционные поражения

мочевыделительной системы вызывают условно-патогенные микроорганизмы (УПМ), многие из которых являются резидентной микрофлорой организма человека, поэтому такие инфекции называют неспецифическими. Среди УПМ, выделяемых из мочи, преобладают в первую оче-

редь представители семейств: Enterobacteriaceae, Micrococcaceae, Corynebacterium.

Главным фактором риска этиологического значения УППМ при уроинфекциях является снижение общего и местного иммунитета, что связывают, среди ряда причин, с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями и с ухудшающимися экологическими условиями окружающей среды. Немаловажным осложняющим фактором является нерациональная антибиотикотерапия (неправильный выбор препарата, дозы и курса лечения). В последние годы резко возросло число ИМП среди людей пожилого возраста (старше 60 лет).

Настоящая публикация является обобщением результатов микробиологических исследований, проводившихся для подтверждения диагноза у больных пожилого возраста, с целью получения эпидданных по распространенности урологических инфекций среди данного контингента населения нашего региона.

Исследования проводились у пациентов в возрасте от 64 до 90 лет. Забор мочи, ее бактериологический посев, идентификацию микроорганизмов, статистическую обработку данных проводили по общепринятым схемам и методам. Результаты исследования оценивали как по степени бактериурии, так и с учетом вида выделенного микроорганизма, повторности его выделения в процессе заболевания. Изучение чувствительности к антибактериальным проводили диско-диффузионным методом [1].

В течение года были обследованы 630 амбулаторных и стационарных пожилых больных с заболеваниями мочевыделительной системы.

Бактериологически уроинфекция подтвердилась в 250 случаях (39,7 %), из них в 28 % случаев — у мужчин и в 72 % — у женщин. В 100 % случаев у мужчин нозологической формой при выделении возбудителя являлись пиелонефриты, у женщин — пиелонефриты в 94,4 % случаев. Во всех случаях микроорганизмы были выделены в монокультуре. В общей этиологической структуре пиелонефритов энтеробактерии составляли 82,6 %, из них на долю *E. coli* приходилось 52 %, *Proteus mirabilis* — 8 %, *Enterobacter cloacae* — 4 %, *Klebsiella oxytoca* — 12 %. Грамположительные кокки (17,4 %) были представлены в 50 % случаев энтерококками и по 25 % случаев — стафилококками и стрептококками.

Величина индекса бактериурии не зависела от пола, возраста и нозологической формы инфекции обследуемых, но варьировала в зависимости от вида выделенного возбудителя. Так средний индекс бактериурии при выделении *Proteus mirabilis* и *Enterobacter spp.* был равен 2-5 млн. клеток/мл мочи, а при выделении грамположительных кокков (стафилококки, стрептококки и энтерококки) и *Klebsiella oxytoca* — 50 тыс. клеток/мл. Средний индекс бактериурии при выделении *E. coli* составлял 300 тысяч клеток/мл мочи.

Чувствительность к антибактериальным препаратам микрофлоры при ИМП у пожилых людей была ниже, чем у других возрастных групп [2]. Штаммы *E. coli*, *Proteus mirabilis*, энтерококки и стрептококки были наиболее чувствительны к гентамицину.

Таким образом, этот антибиотик может рассматриваться как препарат выбора при лечении ИМП у больных пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Приказ № 535 МЗ СССР от 22.04.85. «Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинко-диагностических лабораториях ЛПУ. — М., 1985. — С. 16-21.
2. Резистентность возбудителей амбулаторных инфекций мочевыводящих путей по данным многоцентровых микробиологических исследований УТИАР-I в УТИАР-II /Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Кречикова О.И. с соавт. //Урология. — 2004. — № 2. — С. 1-5.



ФРОЛОВА Н.П., БЕГЛОВА Е.Э.

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк

ЗНАЧЕНИЕ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В статье приведен детальный алгоритм диагностики заболеваний молочной железы, с ретроспективным анализом результатов за прошедшие 7 лет и обсуждена необходимость комплексного обследования для ранней диагностики рака молочной железы.

Ключевые слова: ранняя диагностика рака молочной железы; алгоритм диагностики.

FROLOVA N.P., BEGLOVA E.E.

Municipal Clinic Health Care Facility «City Hospital № 2 of St. George the Victorious», Novokuznetsk

THE IMPORTANCE OF IMPLEMENTING SCREENING IN EARLY DIAGNOSIS OF BREAST DISEASE

The paper presents a detailed algorithm for the diagnosis of breast disease, with a retrospective analysis of the results for the past 7 years and discussed the need for a comprehensive survey for the early diagnosis of breast cancer.

Key words: early diagnosis of breast cancer; a diagnostic algorithm.

Корреспонденцию адресовать:

ФРОЛОВА Наталья Петровна
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-79-70. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

ФРОЛОВА Наталья Петровна, зав. отделением лучевой диагностики, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
БЕГЛОВА Елена Эммануиловна, врач-рентгенолог, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

FROLOVA Natalya Petrovna, head of the department of radiodiagnostics, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
BEGLOVA Elena Emmanuilovna, radiologist, City Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Проблема женского здоровья является приоритетной и первостепенным является профилактика онкологических заболеваний, которые имеют неуклонную тенденцию к росту [1, 2].

В 2007 г. в отделении лучевой диагностики по программе модернизации установлен маммограф Маммо-4 «МТ» и внедрена профилактическая маммография (маммографический скрининг). Целью проведения скрининговых обследований молочной железы стало раннее выявление рака молочной железы (РМЖ). За 7 лет в нашем отделении обследованы 15695 женщин в возрастной группе от 35 до 80 лет.

Среди разнообразных заболеваний молочной железы у женщин РМЖ представляет важней-

шую проблему из-за высокой заболеваемости и смертности. Ежегодно в мире выявляют более 1 млн. случаев РМЖ. По данным экспертов ВОЗ, в последние 20 лет заболеваемость РМЖ удвоилась [3]. В России РМЖ занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными образованиями среди женского населения и третье место среди всех причин смерти после болезней системы кровообращения и несчастных случаев. За последние 10 лет заболеваемость в России увеличилась на 43 %, смертность на 43 %. Ежегодно в России умирают от РМЖ более 22,7 тыс. больных. Вероятность заболеть РМЖ увеличивается с возрастом. На 100000 населения в 2005 году заболеваемость составила 48,4 случаев. По данным развитых стран мира, где ежегодно проводятся

массовые профилактические обследования женщин, рост заболеваемости РМЖ за год увеличивается на 2 % во всех возрастных группах [4].

На ранней стадии РМЖ можно вылечить большинство больных, поэтому мы ориентируемся на выявление опухоли 1 см³ и менее. При диагностике опухоли в 0-1 стадии 20-летняя продолжительность жизни после оперативного лечения составляет 95 %. Выявить новообразование в столь ранней стадии возможно только при маммографическом исследовании, которое является основным методом скрининга РМЖ у женщин в возрасте старше 40 лет. Именно использование массового скрининга РМЖ в ряде стран позволило снизить смертность до 30 %. Чувствительность маммографии составляет 77-95 %, специфичность – 94-97 % [4].

Нами проведен ретроспективный анализ маммографий за 7 лет, выполненных женщинам в возрасте от 35 до 80 лет за период с 2007 по 2013 год. При проведении скрининга нами было выявлено 163 случая РМЖ, что составило 1,18 %. 55,67 % женщин оказались практически здоровы, патологических изменений в ткани молочной железы у них не выявлено. У 43,15 % женщин были выявлены узловые образования доброкачественного характера и мастопатии. При анализе возрастных групп выявлено, что пик заболеваемости приходится на период жизни 50-70 лет. По нашим данным явно прослеживается ежегодное увеличение количества выявленных случаев РМЖ, причем рост заболеваемости прослеживался во всех возрастных группах.

Диагностика узловых образований у пациенток старше 40 лет маммография была информативна. Однако у пациенток до 50 лет, с хорошо выраженной железистой тканью диагностика представляла существенное затруднение, поэтому мы использовали УЗИ молочной железы, как уточняющий метод. При пальпируемых образованиях данные УЗИ существенно дополняли результаты маммографии. При не пальпируемых опухолях преимущество остается за маммографией. Для ранней диагностики РМЖ и определения распространенности процесса необходимо комплексное применение УЗИ и маммографии.

ВЫВОДЫ:

1. Внедрение метода маммографии в нашей больнице явилось реализацией программы приближения специализированной онкомаммологической помощи женскому населению города с целью раннего выявления РМЖ.
2. Маммография является предпочтительным методом исследования у пациенток в возрастной группе старше 40 лет. Анализ нашей работы за 7 лет показал ежегодный рост заболеваемости РМЖ среди жительниц города на 2 % и более, в соответствии с мировыми тенденциями.
3. Для ранней диагностики РМЖ необходимо комплексное применение УЗИ и маммографии, использование каждого метода по строго определенным показаниям и соблюдение алгоритма последовательности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аксель, Е.М. Злокачественные заболевания молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность /Аксель Е.М. //Маммология,. – 2006.. – № 1. – С. 9-13.
2. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных образований в России и странах СНГ /Давыдов М.И., Аксель Е.М. – М., 2005. – 172 с.
3. Школьник, Л.Д. Ранняя диагностика заболеваний молочной железы /Школьник Л.Д. //Медицинский вестник. – 2005. – № 30. – С. 9-11.
4. Рожкова, Н.И. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы /Рожкова Н.И. – М., 1993. – 224 с.



ШЕХТМАН С.В., ФЕДОРОВ И.В., ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С.
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца»,
г. Новокузнецк

ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Выполнены оценки изменения клиничко-лабораторных показателей у больных при острой алкогольной интоксикации. Установлено, что тесное взаимодействие лечащих врачей и специалистов клинической лабораторной диагностики способствует своевременному и адекватному оказанию медицинской помощи, снижению летальности как при острых состояниях, развивающихся у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, так и при соматических нарушениях алкогольного генеза.

Ключевые слова: алкоголь; алкогольная интоксикация; этанол; лабораторная диагностика; риск для здоровья.

SHEHTMAN S.V., FEDOROV I.V., DOROFEEVSKAYA L.S.
City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk

CHANGES IN CLINICAL LABORATORY PARAMETERS IN PATIENTS WITH ACUTE ALCOHOL INTOXICATION

The estimates change clinical and laboratory parameters in patients with acute alcohol intoxication. It is established that the close interaction of doctors and specialists in clinical laboratory diagnostics facilitates timely and adequate delivery of health care, mortality reduction as in acute conditions, developing in patients suffering from alcohol dependence, and somatic disorders of alcoholic genesis.

Key words: alcohol; alcohol intoxication; ethanol; laboratory diagnosis; health risk.

Корреспонденцию адресовать:

ШЕХТМАН Светлана Владимировна,
654041, г. Новокузнецк, ул. Кузнецова, д. 35,
МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца».
Тел: 8 (3843) 71-77-71. E-mail: mgzh@yandex.ru

Сведения об авторах:

ШЕХТМАН Светлана Владимировна, врач клинической лабораторной диагностики, зав. биохимической лабораторией, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ФЕДОРОВ Игорь Викторович, врач анестезиолог-реаниматолог-токсиколог, отделение острых отравлений, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.
ДОРОФЕЕВСКАЯ Лариса Степановна, врач клинической лабораторной диагностики, зав. клинико-диагностической лабораторией, МБЛПУ «ГКБ № 2 Святого великомученика Георгия Победоносца», г. Новокузнецк, Россия.

Information about authors:

SHEKHTMAN Svetlana Vladimirovna, doctor of clinical laboratory diagnostics, head of biochemical laboratory, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
FEDOROV Igor Viktorovich, the doctor anesthesiologist-resuscitator-toxicologist, department of acute poisoning, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.
DOROFEEVSKAYA Larisa Stepanovna, doctor of clinical laboratory diagnostics, head of clinical diagnostic laboratory, City Clinical Hospital N 2 of St. George the Victorious, Novokuznetsk, Russia.

Проблемы чрезмерного употребления алкоголя и связанные с ним последствия достигли угрожающих размеров, а алкоголь стал одним из важнейших факторов риска для здоровья во всем мире. Употребление алкоголя способствует болезням, травмам, инвалидности

и преждевременной смертности больше, чем какой-либо другой фактор риска в развивающихся странах.

Алкоголь и его метаболиты оказывают токсическое действие на многие системы организма, вызывая нарушения работы нервной системы,

сердечно-сосудистой системы, внутренних органов. Чрезмерное употребление алкоголя ведет к изменению обмена веществ — дисбаланс в окислительно-восстановительных процессах, изменение метаболизма ферментов содержащих спиртовые и альдегидные группы эндогенных субстратов, образование высокотоксичного ацетальдегида, усиленное образование жирных кислот и холестерина. Этанол потенцирует действие барбитуратов, бензодиазепинов и других психотропных средств. У лиц с пониженным содержанием гликогена (страдающих хроническим алкоголизмом, лица пониженного питания), способствует развитию гипогликемии за счет угнетения глюконеогенеза. Алкогольная интоксикация способствует травматизму, токсическому поражению внутренних органов, синдрому позиционного сдавления мягких тканей.

Цель исследования — оценить изменения клинико-лабораторных показателей у больных при острой алкогольной интоксикации.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группу для обследования были набраны 63 человека в возрасте 20-62 лет (18 женщин и 45 мужчин), госпитализированных в отделение острых отравлений МБЛПУ ГКБ №2. Всем пациентам в течение первых 30 минут с момента поступления в стационар проводилось: биохимический анализ крови, включая показатели кислотно-основного состояния (КОС) и водно-электролитного обмена, общий клинический анализ крови, общий анализ мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование КОС у больных с острой алкогольной интоксикацией выявило метаболический ацидоз у 35 % обследованных, в том числе: смешанный метаболический и респираторный ацидоз — у 5 %, смешанный метаболический ацидоз и респираторный алкалоз — 8 %. Респираторный ацидоз выявлен у 23 % обследованных. У 5 % обследованных выявлен метаболический алкалоз, у 10 % — респираторный алкалоз. Показатели КОС 27 % обследованных находились в нормальных значениях. Анионный интервал был повышен в 91 % случаев, он составил в среднем 28 ± 5 ммоль/л. Концентрация ионов калия составила $3,1 \pm 0,9$ ммоль/л. Концентрация ионов магния в сыворотке крови обследованных составила в среднем $0,71 \pm 0,13$ ммоль/л, у 8 пациентов концентрация магния была снижена до 0,55 ммоль/л.

Концентрация ионизированного кальция в сыворотке крови обследованных составила в среднем $0,99 \pm 0,18$ ммоль/л, у 15 пациентов концентрация ионизированного кальция была снижена до 0,75 ммоль/л. Содержание хлоридов составило, в среднем, 98 ± 6 ммоль/л. Концентрация натрия у большинства обследованных была в норме. Глюкоза была снижена у 8 % пациентов. Активность АСТ и АЛТ была повышена у 73 % больных, концентрация мочевины и креатинина — у 19 % и 21 % обследованных, соответственно. У 26 % пациентов наблюдалось увеличение альфа-амилазы. Значения гемоглобина, гематокрита и эритроцитов в общеклиническом анализе крови были в пределах референтных значений. У 40 % пациентов был отмечен лейкоцитоз, в 25 % случаев — ускорение СОЭ, в 23 % — снижение числа тромбоцитов. В общем клиническом анализе мочи были выявлены: протеинурия у 31 %, лейкоцитурия у 35 %, кетонурия у 40 % обследованных.

ВЫВОДЫ:

1. При острой алкогольной интоксикации встречаются все основные типы расстройств КОС. Наиболее частым нарушением КОС вследствие токсического действия на организм этанола и продуктов его метаболизма является метаболический ацидоз, сопровождаемый гипокалиемией, гипомагниемией, гипокальциемией, гипохлоремией, а также увеличением анионного интервала. Для своевременной коррекции тактики лечения таких пациентов необходимо определение показателей КОС и водно-электролитного обмена у всех госпитализированных больных с острой алкогольной интоксикацией.
2. Во избежание нежелательных осложнений в ходе лечения, необходимо учитывать соматическую отягощенность у лиц, злоупотребляющих алкоголем — нарушения работы печени, поджелудочной железы, мочевыделительной системы, воспалительные заболевания. Маркерами этих заболеваний служат лабораторные показатели.
3. Тесное взаимодействие лечащих врачей и специалистов клинической лабораторной диагностики способствует своевременному и адекватному оказанию медицинской помощи, снижению летальности как при острых состояниях, развивающихся у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, так и при соматических нарушениях алкогольного генеза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Огурцов, П.П. Неотложная алкогольная патология /Огурцов П.П., Жиров И.В. — СПб., 2002. — 118 с.
2. Огурцов, П.П. Влияние острой алкогольной интоксикации на некоторые биохимические показатели при различных

- генотипах алкогольдегидрогеназы-2: предварительные данные /Огурцов П.П., Мазурчик Н.В., Тарасова О.И. //Гепатология сегодня. — 2006. — № 1. — С. 72-75.
3. Чернобровкина, Т.В. Энзимопатии при алкоголизме /Чернобровкина Т.В. — Киев, 1992. — 312 с.



ОГЛАВЛЕНИЕ

ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., РАЙХ А.В. К 85-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ МБЛПУ ГКБ № 2, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	4	КОВАЛЕВА Ю.В., ЧАВДАР Ф.Н., РЫЖКОВА Н.В., МАСЛОВ А.П., БАРАНОВА М.Н., ГУЩИНА В.В., КАРЕПАНОВА Г.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА.....	47
ВОЛОДИНА Н.Н., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ГОСПИТАЛЕ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН.....	9	КОМИССАРОВА С.Д., ВАСЕНИНА Е.Д., ЖЕСТИКОВА М.Г., ГОРЕНИНСКАЯ С.В. ОЦЕНКА АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И СТЕПЕНИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	51
ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С., ШЕХТМАН С.В., ВОЛОДИНА Н.Н. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В МУНИЦИПАЛЬНОМ БЮДЖЕТНОМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 СВЯТОГО ВЕЛИКОМУЧЕНИКА ГЕОРГИЯ ПОБЕДОНОСЦА».....	16	КОРНИЕНКО Л.П., КОНОВАЛОВА Н.Г., ПАНОВА А.С., СМОРКАЛОВ А.В. ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ.....	54
КОУРДАКОВ М.В. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ.....	19	МАСЛОВ А.П., БАЖЕНОВА Л.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В. СУПРЕССИВНОЕ ВЛИЯНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ИММУНОМОДУЛЯТОРА РОНКОЛЕЙКИНА НА УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ, АУТОАНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ В КРОВИ И СЕРДЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.....	59
БОБЫЛЕВА О.И., ВОЛОДИНА Н.Н. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	23	МАСЛОВ А.П., БАЖЕНОВА Л.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОВ И УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ 6-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ (СИМВАСТАТИН, АТОРВАСТАТИН, РОЗУВАСТАТИН).....	63
ТАРАСКО А.Д., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г., САЛАМАНОВ В.И., ЕСАУЛОВА О.А. РАЗВИТИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ 2-Й ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. НОВОКУЗНЕЦКА.....	26	МАСЛОВ А.П., БАЖЕНОВА Л.Н., ГЕТМАН З.В., РЫЖКОВА Н.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕЙОТРОПНОГО ЭФФЕКТА АТОРВАСТАТИНА ПО ВЛИЯНИЮ НА УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.....	67
БАЖЕНОВА Л.Н., ВОЛОДИНА Н.Н., ГЕТМАН З.В., ГУЩИНА В.В., ГОРЕНИНСКАЯ С.В., МАСЛОВ А.П., РЫЖКОВА Н.В., СМОРОДИНА И.С., ФРОЛОВА Н.П., ШАЦКИХ Н.А. СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ АРНОЛЬДА-КИАРИ, СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО QT, НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПОЛИМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ.....	34	МИНЕНКОВ В.А., ЖЕСТИКОВА М.Г., КИСЕЛЕВ Н.Ю., ЗОРЬКИН И.И. НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ИХ ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ.....	72
БАЖЕНОВА Л.Н., ВОЛОДИНА Н.Н., ГУЩИНА В.В., ФРОЛОВА Н.П. ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ФИЗИОТЕНЗА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	37	МИНЕНКОВ В.А., ЖЕСТИКОВА М.Г., КИСЕЛЕВ Н.Ю., ЗОРЬКИН И.И. К ВОПРОСУ О ФАКТОРНОМ АНАЛИЗЕ ПО А. Р. ЛУРИЯ ПРИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	78
БАЖЕНОВА Л.Н., РОГОВИЕВА О.И., УСАЧЕВА А.А. ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....	39		
ГОРЕНИНСКАЯ С.В., ЖЕСТИКОВА М.Г., ВАСЕНИНА Е.Д., КОМИССАРОВА С.Д., КОЛОТОВА Л.Г., КОРОТКЕВИЧ Н.А., АРЕФЬЕВА Е.Г. ВЛИЯНИЕ ДЕБЮТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	43		



ОСИПОВ А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ.....	82	БЕРСЕНЕВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., САЛАМАНОВ В.И. ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У МУЖЧИН ВТОРОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	109
СМОРОДИНА И.С., ВОРОЖИЩЕВА Г.И., НИКИТИНА З.Н. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПАЛАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА.....	84	АЛЕКСЕЕВА Н.Б., САФРОНОВА Т.И. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АМПИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	115
ШПАГИНА Л.Н., ФИЛИМОНОВ С.Н. ПОЛИПАТИИ У РАБОЧИХ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ КУЗБАССА.....	87	АЛЕКСЕЕВА Н.Б., ЧЕЛЫШЕВА Г.М. К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ САНАЦИИ СТАФИЛОКОККОВЫХ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЕЙ.....	118
ЯМЩИКОВА А.В., ФЛЕЙШМАН А.Н., ШАЦКИХ Н.А. АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ТОНКИХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИ КОНТАКТЕ С ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВИБРАЦИЕЙ.....	90	КЛОЧКОВА-АБЕЛЬЯНЦ С.А., СУРЖИКОВА Г.С., КОВАЛЕНКО В.М., ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С. ИНТЕРЛЕЙКИН-6 В СЫВОРOTКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЯМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	121
ИВАНОВ О.О., ЧУРЛЯЕВ Ю.А., ЛУКАШЕВ К.В., ФРОЛОВА Н.П., РУДЕНКОВА О.В., ЖЕСТИКОВА М.Г., РАЙХ А.В. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ КОМАХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОСТРЫМ ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	94	МИДЛЕР С.М., АЛЕКСЕЕВА Н.Б., ЧЕЛЫШЕВА Г.М. ВАНКОМИЦИНРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КУЛЬТУР СТАФИЛОКОККОВ И ЭНТЕРОКОККОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ.....	124
КАШИРИНА Е.Ж., ГЕРУС А.Ю., БРЫЗГАЛИНА С.М., ФИЛАТОВА Т.В., ЛУКАШЕВИЧ Г.Г. АКТУАЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛИКЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	98	РАЗДОБУРДИНА Е.В., ШЕХТМАН С.В., ВОЛОДИНА Н.Н. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАГНИЯ В КРОВИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ «МБЛПУ ГКБ № 2 Г. НОВОКУЗНЕЦК» С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	127
ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А., КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ ЗА 2009-2013 ГГ.....	103	СУРЖИКОВА Г.С., ОСИПОВА Е.А. СЕКРЕТОРНЫЙ Ig A У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА.....	130
ФЕДОРОВ И.В., КИРИЛЛОВ С.А., КРИНИЦЫН А.А., ЗУЕВ А.С. ПРИМЕНЕНИЕ ЛОСЕКА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОТРАВЛЕНИЙ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЯДАМИ.....	106	СЫЧЕВА И.А., АЛЕКСЕЕВА Н.Б., ЧЕЛЫШЕВА Г.М. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ БАКТЕРИУРИИ И ВИДОВАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОЛОГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	133
		ФРОЛОВА Н.П., БЕГЛОВА Е.Э. ЗНАЧЕНИЕ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	135
		ШЕХТМАН С.В., ФЕДОРОВ И.В., ДОРОФЕЕВСКАЯ Л.С. ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....	137

