Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Медицинский информационно-аналитический центр»

ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 4 /29/2021

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

16 +

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:
опыт и инновации

№ 4(29) 2021

16 +

Учредитель
Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Медицинский информационно-аналитический центр»

Редакция

Зав. редакцией
Дёмин Е.А.

Секретарь редакции
Змановская Е.В.

Дизайн и верстка журнала
Митрофанов М.Г.

Корректор
Шереметьева В.В.

Адрес издателя, редакции
628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А

Главный редактор
Чистяков С.Н.

Зам. главного редактора
Овечкина Т.Д.

Ответственный секретарь
Токарева И.В.,
кандидат филологических наук

Все права защищены.

Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия редакции не допускается. При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях, высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу
Свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015

На обложке: *Ершов Владимир Иванович* – главный врач БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи», Заслуженный врач РФ, Отличник здравоохранения РФ

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования электронной библиотеки eLibrary.ru

По вопросам публикации обращаться по адресу: zmanovskayaev@miacugra.ru

Дата выхода 15.12.2021 г.

Усл. печ. л. 9,24.

Тираж 50 экз.

Выходит четыре раза в год

Цена свободная

Отпечатано
БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»
628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А

Уважаемые коллеги!

Подходит к концу 2021 год. Возможно каждый в душе ждет, когда этот год уйдет в историю, прихватив с собой все плохое. И несмотря ни на что, мы готовимся к наступающему Новому году: стараемся успеть переделать больше дел в старом году, обещаем себе в новом году «впустить» перемены в свою жизнь, задумываемся о подарках родным и близким нам людям.

В самое холодное время года приходит самый красивый праздник, наступает пора теплых поздравлений, улыбок, мерцания елочных огней, запаха мандаринов, исполнения желаний и ожидания невероятных событий.

Уважаемые читатели, коллеги, пусть уходящий год запомнится нам всем добрыми делами, интересными открытиями, приобретенными знаниями, новыми умениями и навыками. А новый год пусть станет годом реализации инновационных решений и достижения новых вершин. Пусть с вами рядом всегда будут верные друзья, надежные коллеги и любящие родные. Доброго здоровья, мира, благополучия и отличного настроения вам и вашим близким!

Традиционно приглашаю к сотрудничеству и активному участию в работе журнала специалистов-практиков, специалистов с высшим сестринским образованием, представителей ассоциаций медицинских сестер, профессорско-преподавательский состав медицинских вузов. Ваш опыт в сфере профессиональной деятельности и ваши идеи очень важны для медицинского сообщества.

Мы надеемся, что с вашим непосредственным участием, содержание журнала станет еще более интересным, актуальным и насыщенным, что широкий обмен накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами в этой области, открытое и всестороннее обсуждение актуальных проблем современной медицины на страницах нашего журнала будут полезны и крайне необходимы для поиска оптимальных системных решений.

Редакция принимает к рассмотрению материалы, которые представляют собой законченный фрагмент исследования с экспериментально аргументированными результатами и выходом на практику.

Мы благодарим наших постоянных и новых авторов, надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество со всеми.

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»
Чистяков С.Н.,
кандидат педагогических наук,
заместитель директора БУ «Медицинский
информационно-аналитический центр»
Заслуженный работник образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

УДК 614.258.1

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В Г. НИЖНЕВАРТОВСКЕ» ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД 2018, 2019, 2020 ГОДОВ

Кузьмичев Д.Е.,
заведующий Восточным зональным отделом,
врач – судебно-медицинский эксперт
секретарь Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
Диордица Д.В.,
заведующий филиалом «Отделение в городе Нижневартовске»,
врач – судебно-медицинский эксперт
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
Скребов Р.В.,
начальник, врач – судебно-медицинский эксперт,
председатель Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Мисников П.В.,
заместитель начальника по экспертной работе
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В статье описаны статистические сведения работы филиала «Отделение в городе Нижневартовске» Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018-2020 годы.

Ключевые слова: анализ, филиал «Отделение в г. Нижневартовске», Восточный зональный отдел, КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Филиал «Отделение в г. Нижневартовске» является одним из крупнейших, входящих в состав Бюро. Отделение существует с 1971 года, до 1994 года входило в состав Тюменского областного бюро СМЭ. С 1972 по 2006 годы располагалось в типовом реконструированном здании патологоанатомического отделения городской больницы. В 2006 году отделение разместилось в специально для него построенном, новом здании. Деятельность отделения регламентирована действующими нормативно-правовыми документами РФ, осуществляется с применением сертифицированных методик и технологий, рекомендованных к применению.

Обслуживаемая территория – 271,319 кв. км, является самой большой в Югре, что определяет некоторую специфику работы. В зону обслуживания входят г. Нижневартовск с населением 263800 человек и ряд населенных пунктов на территории района без крупных городов (Мегион, Лангепас, Радужный). В городах района действуют филиалы, которые обслуживают непосредственно эти города.

Таблица 1

Кадры и штаты филиала «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

Показатель	На конец отчётного года								
	Число штатных должностей			Число занятых должностей			Число физических лиц		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	68,75	55,75	50,25	68,75	55,75	49,75	40,75	40,75	37,75
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	38	28	21	38	28	21	9	9	9

Продолжение таблицы 1

Показатель	На конец отчётного года								
	Число штатных должностей			Число занятых должностей			Число физических лиц		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	11,25	10,25	9,25	11,25	10,25	9,25	10	9	9

Штатная укомплектованность отделения удовлетворительная: по врачебному составу – 47,7%, по среднему персоналу – на уровне 100 %, по младшему – 75%.

Таблица 2

Укомплектованность медицинскими кадрами филиала «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

	Укомплектованность штатными должностями (%)			Укомплектованность физическими лицами (%)		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	100	100	100	59,3	73,1	75,1
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	100	100	100	23,7	32,1	42,8
средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	100	100	100	100	100	100

Заведующий отделением имеет высшую квалификационную категорию по специальности «судебно-медицинская экспертиза». Три врача судебно-медицинских эксперта имеют вторую квалификационную категорию. Старшая медицинская сестра имеет высшую квалификационную категорию. 2 фельдшера-лаборанта имеют высшую квалификационную категорию, 2 фельдшер-лаборанта – первую категорию, вторую категорию – 4 фельдшера-лаборанта.

Таблица 3

Аттестация медицинских кадров

Показатель	Врачебный персонал			Средний персонал		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	10	10	9	16	15	14
Имеют категорию	4,0	4	4	7	8	9
в % от общего числа	40,0	40,0	44,4	43,8	53,3	64,3
высшая категория	-	1	1	2	2	3
в % от общего числа, имеющих категорию	-	25,0	25,0	28,6	25,0	33,3
I категория	1,0	-	-	1,0	2,0	2,0
в % от общего числа, имеющих категорию	25,0	-	-	14,3	25,0	22,2
II категория	3,0	3,0	3,0	4,0	4,0	4,0
в % от общего числа, имеющих категорию	75,0	75,0	75,0	57,1	50,0	44,4

Экспертная деятельность

Количество аутопсий в отделении за 2020 год составило 1035 (в 2018 году – 816), процент прироста составил 39,8%, т.е. наблюдалось увеличение количества вскрытий трупов за последний год.

При этом в 2020 году неоконченных актов и заключений по исследованию трупов было – 106, что составило в процентном отношении за последний год – 9,2%, процент неоконченных на конец года заключений и актов по исследованию трупов незначительно вырос по сравнению с 2018 годом (5,6%) из-за общего увеличения количества аутопсий.

Таблица 4

Объем экспертной нагрузки по трупам

Эксперт	2018 г.		2019 г.		2020 г.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
№ 1	120	14,7	129	14,3	146	14,1
№ 2	1	0,1	3	0,3	-	-
№ 3	89	10,9	124	13,7	126	12,2
№ 4	132	16,2	120	13,3	145	14,0
№ 5	115	14,1	125	13,8	143	13,8
№ 6	110	13,5	132	14,6	119	11,5
№ 7	130	15,9	134	14,8	155	15,0
№ 8	119	14,5	136	15,1	134	12,9
№ 9	-	-	-	-	67	6,5
Итого по филиалу	816		903		1035	

Объем экспертной нагрузки как по трупам, так и по живым лицам на протяжении последних трех лет изменился не сильно и колеблется в пределах 13-15% на одного врача судебно-медицинского эксперта. Часть экспертной нагрузки забрал на себя один из врачей – судебно-медицинских экспертов, который приступил к работе после отпуска по уходу за ребенком.

Таблица 5

Объем экспертной нагрузки по трупам

Показатели	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Количество аутопсий по отделению	816	903	1035
Среднегодовая нагрузка по отделению на одну занятую должность	90,6	100,3	115

Среднегодовая нагрузка по отделению на одну занятую должность выросла на 26,9%.

Таблица 6

Объем экспертной нагрузки по живым лицам

Ф.И.О. эксперта СМЭ	2018 г.		2019 г.		2020 г.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
№ 1	550	13,3	404	13,6	303	13,1
№ 2	119	2,9	84	2,8	75	3,2
№ 3	563	13,6	459	15,5	293	12,7
№ 4	595	14,3	437	14,8	296	12,8
№ 5	527	12,7	353	11,9	282	12,2
№ 6	591	14,2	411	13,8	310	13,4
№ 7	643	15,5	417	14,0	287	12,4
№ 8	554	13,4	393	13,2	304	13,1
№ 9	-	-	-	-	166	7,2
Итого по филиалу	4142		2958		2316	

Таблица 7

Объем экспертной нагрузки по живым лицам

Показатели	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Количество экспертиз по живым лицам по отделению	4142	2958	2316
Среднегодовая нагрузка по отделению на одну занятую должность	460,2	328,6	257,3

Среднегодовая нагрузка по отделению на одну занятую должность снизилась почти в 2 раза. Это связано с тем, что из уголовного кодекса, часть ст. 116 УК РФ (по которой раньше было обязательным назначение судебно-медицинской экспертизы), была перенесена в кодекс об административных правонарушениях (ст 6.1.1. КоАП РФ). Согласно последней, потерпевший имеет право отказаться от прохождения судебно-медицинской экспертизы (домашние побои, упал, толкнули и т.д.). Также, среднегодовая нагрузка упала из-за общего снижения преступлений с причинением вреда здоровью человека по г. Нижневартовску и по ХМАО-Югре в целом, этот показатель снизился на 10%.

Судебно-медицинская экспертиза и исследование трупов

Распределение летальности по территориальному отделению за 2018-2020 гг.

Насильственная смерть в 2020 году составила 219 трупов или 21,2%, в 2018 – 186 трупов или 22,8% от общей смертности.

Ненасильственная смерть в 2020 году 769 случаев – 74,3%, в 2018 – 582 случаев – 71,3 %. На фоне увеличения общего количества аутопсий отмечается небольшое снижение ненасильственной и насильственной смертей в процентном соотношении к общей смертности за последний год, и повышение насильственной и ненасильственной смерти в абсолютных цифрах.

Таблица 8

Структура причин смертельных исходов по территориальному отделению

Виды смертельных исходов	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Насильственная смерть	186	22,8	215	23,8	219	21,2	17,7
Ненасильственная смерть	582	71,3	629	69,7	769	74,3	32,1
Причина смерти не установлена	48	5,9	59	6,5	47	4,5	-2,1
Итого	816	100	903	100	1035	100	26,8
Не окончено экспертиз	46		25		106		130,4

Причина смерти не установлена в 2020 году – 47 случаев или 4,5%, в 2018 году – 48 случаев, что составило 5,9 % от общей смертности. За последний год увеличение, в абсолютных числах и процентах количества случаев, когда причина смерти не установлена.

Таблица 9

Структура оконченных/неоконченных экспертиз/исследований по трупам

Метод исследования	2018 г.			2019 г.			2020 г.			темп прироста/ убыли
	Экспертизы	Исследования	Всего	Экспертизы	Исследования	Всего	Экспертизы	Исследования	Всего	
Закончено	120	696	816	758	145	903	929	106	1035	26,8
% от общего количества оконченных экспертиз/исследований	14,7	85,3	100	83,9	16,1	100	89,8	10,2	100	X
Не окончено на конец отчетного периода	4	42	46	23	2	25	24	82	106	130,4

В 2019 году уголовно-процессуальный кодекс разрешил сотрудникам следствия и дознания назначать экспертизы в рамках проведения проверки. В связи с этим в 2020 году количество проведенных экспертиз резко возросло, преобладает количество назначенных в отделении экспертиз над исследованиями.

Таблица 10

Дополнительные методы исследования при производстве аутопсий

Метод исследования	2018 г.	2019 г.	2020 г.	темп прироста/убыли
Всего произведено аутопсий	816	903	1035	26,8
Судебно-гистологический	815	900	1035	27,0
Обнаружен алкоголь	249	253	227	-8,8

Структура механической травмы по филиалу «Отделение в г. Нижневартовске»

В структуре механической травмы по отделению в 2020 году:

- преобладают: травма тупыми предметами – 41 вскрытие (18,7% от насильственной и 4% от общей смертности);
- далее идут транспортная травма и падения – по 17 вскрытий (7,8% от насильственной смерти и 0,2% от общей смертности), из данного вида травматизма на первом месте автомобильная травма – 15 случаев.

В структуре механической травмы по отделению в 2018 году:

- преобладают: травма тупыми предметами – 28 вскрытие (15% от насильственной и 3,4% от общей смертности);
- транспортная травма – 15 вскрытий (8% от насильственной смерти и 1,8 % от общей смертности), из данного вида травматизма на первом месте автомобильная травма – 13 вскрытий;
- далее идет травма острыми предметами – 9 вскрытий (4,8% от насильственной и 1,1 % от общей смертности).

За 3 анализируемых года структура механической травмы практически не изменилась, лидирующие места, также как и в предыдущие годы, занимают травма тупыми предметами и транспортная травма.

Таблица 11

Структура механической травмы

Механическая травма	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
транспортная травма	15	19,5	16	21,3	17	17,5	13,3
падения с высоты	15	19,5	13	17,3	17	17,5	13,3
огнестрельная травма	8	10,4	4	5,3	6	6,2	-25,0
действие тупых предметов	28	36,4	31	41,3	41	42,3	46,4
действие острых орудий	9	11,7	10	13,3	14	14,4	55,6
прочие	2	2,6	1	1,3	2	2,1	0,0
ИТОГО	77	100,0	75	100,0	97	100,0	26,0

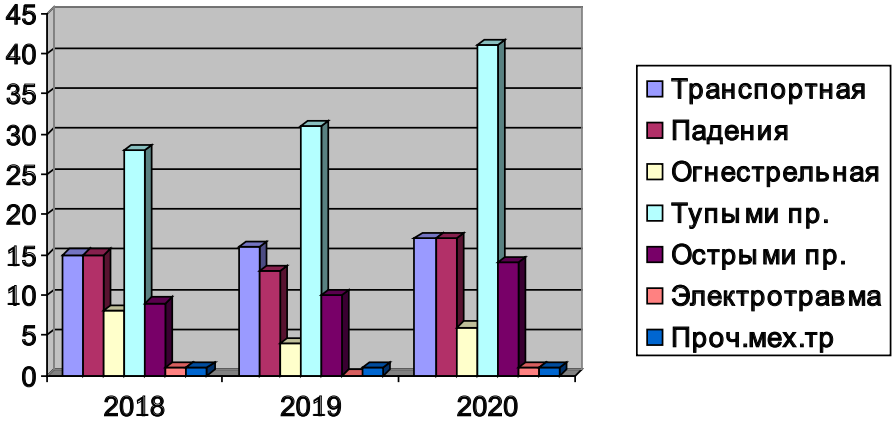


Рис. 1. Структура механической травмы в филиале «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

В структуре причин смерти, наступившей от отравлений по отделению (филиалу) за 2020 год – всего 67 случая, из них:

- на 1 месте отравления этанолом – 40 случаев (18,3% в структуре насильственной смерти, 3,9% среди общего количества);
- отравление наркотическими средствами на 2 месте и составило 10 случаев (4,6% в структуре насильственной смерти и 1% среди общего количества);
- на 3 месте отравления угарным газом – 8 случаев (3,6% в структуре насильственной смерти, 0,8% среди общего количества).

2018 год – всего 44 случая, из них:

- на 1 месте отравления этанолом – 28 случаев (15% в структуре насильственной смерти, 3,4% среди общего количества);
- отравление угарным газом на 2 месте и составило 6 случаев (3,2% в структуре насильственной смерти и 0,7% среди общего количества);
- на 3 месте отравления органическими растворителями и тех. жидкостями – 5 случаев (2,7% в структуре насильственной смерти, 0,6% среди общего количества).

В общем, по отделению идет резкое увеличение количества отравлений, как в абсолютных цифрах, так и в процентах (в 1,5 раза), хотя структура отравлений остается неизменной.

Таблица 12

Структура причин смерти, наступившей от отравлений

Виды отравлений	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
этанол	28	63,6	45	55,6	40	67,8	42,9
угарный газ	6	13,6	8	9,9	8	13,6	33,3
психотропные вещества	2	4,5	23	28,4	11	18,6	в 4,5 раза
кислоты и щелочи	2	4,5	-	-	-	-	снижение на 2 случая
неустановленные яды	-	-	-	-	-	-	-
органические растворители и технические жидкости	5	11,4	4	4,9	-	-	снижение на 5 случаев
прочие яды	1	2,3	1	1,2	-	-	снижение на 1 случай
ИТОГО	44		81		59		34,1

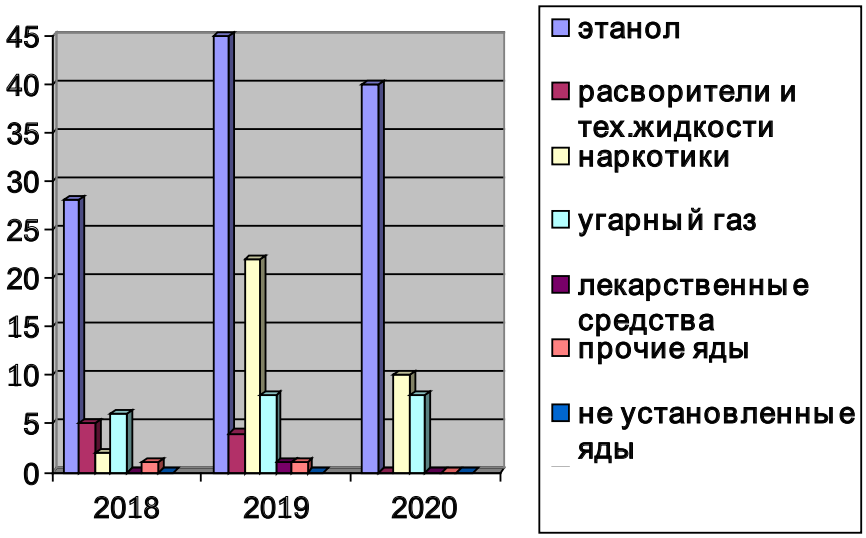


Рис. 2. Структура отравлений в филиале «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

В структуре причин смерти, наступившей от механической асфиксии в 2020 году, не наблюдается изменения смертности в результате механической асфиксии (на 1 случай) по сравнению с 2018 годом. В 2019 году отмечается незначительное увеличение утоплений, что связано с теплым летом. В целом смертность от механической асфиксии остается на прежнем уровне

В 2020 году:

- на 1 месте удавление – 30 случаев (13,7% от насильственной смерти);
- на 2 месте прочие асфиксии 11 случаев (5% от насильственной смерти);
- на 3 месте утопления – 7 случаев (3,2% от насильственной смерти).

В 2018 году:

- на 1 месте удавление – 31 случай (16,7% от насильственной смерти);
- на 2 месте прочие асфиксии – 9 случаев (4,8% от насильственной смерти);
- на 3 месте утопления – 5 случаев (2,7% от насильственной смерти).

Таблица 13

Структура механической асфиксии по филиалу «Отделение в г. Нижневартовске» в сравнении за 3 года

механическая асфиксия	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
повешение	5	10	1	2,1	1	2,0	-80,0
утопление	5	10,0	9	18,8	7	14,3	40,0
удавление петлей	31	62,0	29	60,4	30	61,2	-3,2
прочие	9	18,0	9	18,8	11	22,4	22,2
ИТОГО	50		48		49		-2,0

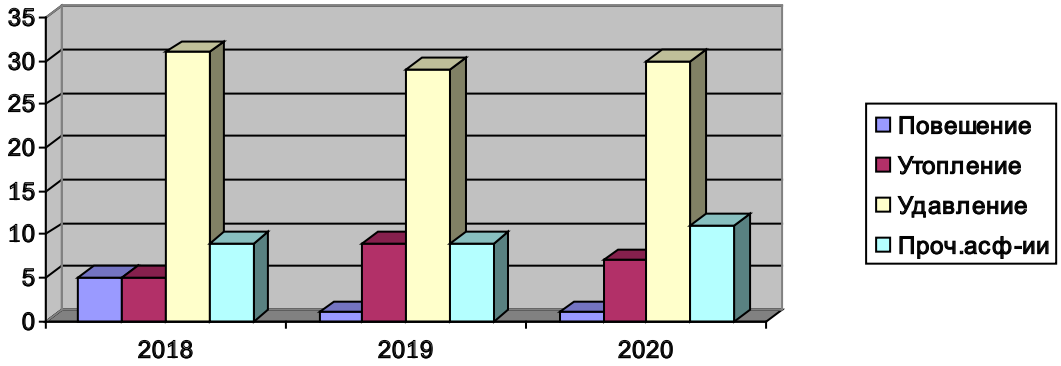


Рис. 3. Структура механической асфиксии в филиале «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

Общее число умерших ненасильственной смертью в 2020 году – 769; в 2018 году – 582 человека. Из них зафиксировано:

- от заболеваний системы кровообращения скончались в 2020 году – 538 человек (70% от ненасильственной смерти); в 2018 году – 405 человек (69,6 % от ненасильственной смерти). Идет увеличение смертности от заболеваний системы кровообращения в процентном и количественном соотношении от ненасильственной смерти;

- от новообразований в 2020 году – 127 (16,5% от ненасильственной смерти); в 2018 году – 55 человека (9,5% от ненасильственной смерти). Значительный рост (в 2 раза) в процентном и количественном соотношении;

- от инфекционных болезней в 2020 году – 26 (3,4 % от ненасильственной), из которых туберкулез в 1-м случае. В 5-ти случаях был установлен диагноз новая коронавирусная инфекция (0,6 % от ненасильственной смерти);

- от заболеваний органов пищеварения в 2020 году – 38 человек (4,9% от ненасильственной смерти); в 2018 году – 32 человека (5,5% от ненасильственной смерти). Смертность от заболеваний органов пищеварения незначительно выросла в количественном и процентном соотношении;

- от заболеваний органов дыхания в 2020 году – 15 человек (1,9 % от ненасильственной смерти); в 2018 году – 13 человек (2,2% от ненасильственной смерти). Смертность от заболеваний органов дыхания выросла в количественном отношении, но снизилась в процентном.

Смертность от заболеваний органов кровообращения за 3 года на 1-м месте, на втором месте в 2020 году – смертность от новообразований (прирост с каждым годом), на третьем месте в 2020 году – смертность от болезней органов пищеварения.

Таблица 14

Структура ненасильственной смерти

Виды ненасильственной смерти	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
болезни	545	93,6	589	93,6	745	96,9	36,7
смерть при беременности, родах и послеродовом периоде	-	-	-	-	-	-	-
смерть детей до 1 года	1	0,2	4	0,6	1	0,1	-
мертворожденные	-	-	-	-	-	-	-
прочие виды ненасильственной смерти	36	6,2	36	5,7	23	3,0	-36,1
ИТОГО	582		629		769		32,1

Таблица 15

Структура ненасильственной смерти по отделению

Виды болезней	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
систем кровообращения	405	74,6	432	73,3	538	74,1	32,8
органов дыхания	13	2,4	13	2,2	15	2,1	15,4
органов пищеварения	32	5,9	23	3,9	38	5,2	18,8
нервной системы	2	0,4	6	1,0	1	0,1	-50,0
новообразования	55	10,1	99	16,8	127	17,5	130,9
туберкулез	7	1,3	1	0,2	1	0,1	-85,7
прочие инфекции	4	0,7	2	0,3	5	0,7	25,0
ВИЧ	25	4,6	13	2,2	1	0,1	-96,0
ИТОГО	543		589		726		33,7

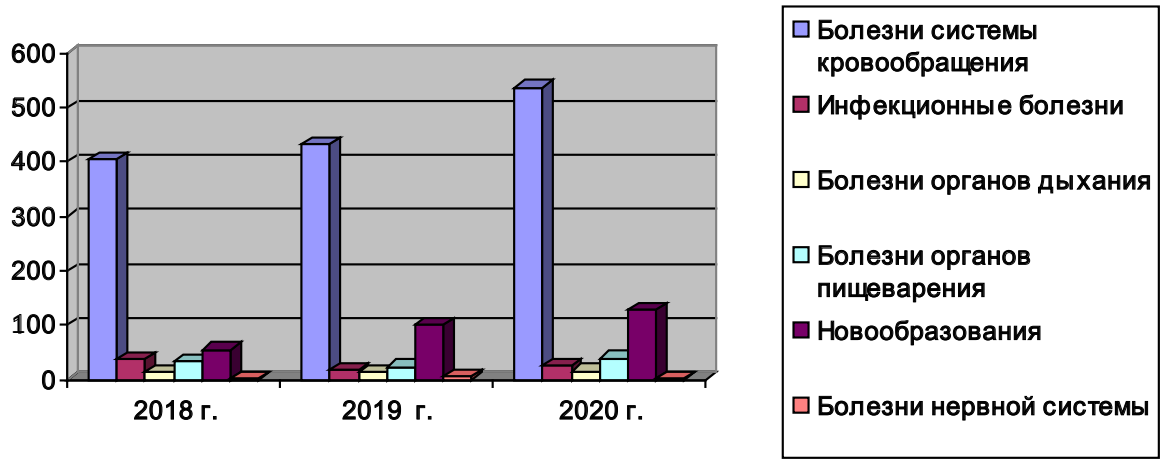


Рис. 4. Структура ненасильственной смерти в филиале «Отделение в городе Нижневартовск» за 2018-2020 гг.

Судебно-медицинская экспертиза и исследование живых лиц

При анализе вреда здоровью за 2020 год уменьшается общее количество освидетельствований живых лиц и за счет этого отрицательный прирост по структуре вреда здоровью. Снижение идет по всем видам.

Таблица 16

Структура экспертиз (освидетельствований) потерпевших, обвиняемых и других лиц

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста / убыли, %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Оценка вреда здоровью	4109	99,2	2905	98,2	2263	97,7	-44,9
Определение половых состояний (преступлений)	30	0,7	34	1,1	48	2,1	60,0
Определение	3	0,1	19	0,6	5	0,2	66,7
ИТОГО	4142		2958		2316		81,7
Заключения (акты) не закончены							208,4

Таблица 17

Структура распределения вреда здоровью при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц

Степень тяжести вреда здоровью	2017 г.		2018 г.		2019 г.		темп прироста/ убыли,%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
тяжкий вред здоровью	322	7,8	289	9,9	283	6,9	-12,1
средней тяжести	279	6,8	195	6,7	2020	49,5	624,0
легкий вред здоровью	504	12,3	314	10,8	310	7,6	-38,5
без оценки вреда здоровью	1994	48,5	1343	46,2	986	24,2	-50,6
повреждения не обнаружены	1010	24,6	764	26,3	482	11,8	-52,3
ИТОГО	4109		2905		4081		-0,7

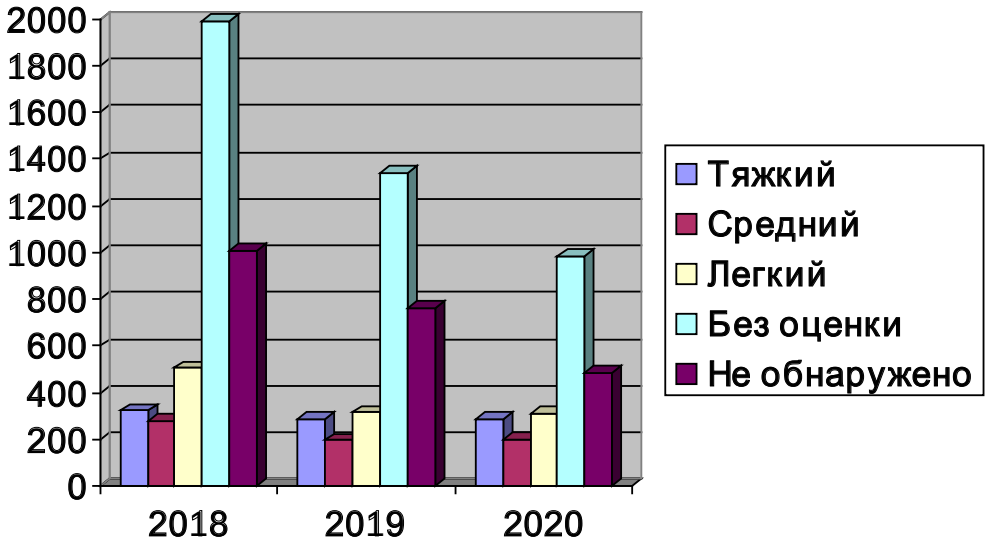


Рис. 5. Структура распределения вреда здоровью при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц в филиале «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

Структура распределения видов механической травмы

За анализируемый период в структуре механической травмы преобладает травма тупыми предметами, хотя она снизилась в 2 раза. На 17% снизилась автомобильная травма и резко (на 33%) снизился травматизм в результате причинения повреждений острыми предметами.

Таблица 18

Структура распределения видов механической травмы

Данные о механизме причинения вреда здоровью	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста/ убыли,%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
тупые предметы	2167	52,7	1504	51,8	1155	51,0	-46,7
острые предметы	209	5,1	142	4,9	140	6,2	-33,0
огнестрельные травмы	1	-	3	0,1	2	0,1	100,0
автомобильные травмы	456	11,1	364	12,5	379	16,7	-16,9
прочие	266	6,5	128	4,4	105	4,6	-60,5
не обнаружено	1010	24,6	764	26,3	482	21,3	-52,3
ИТОГО	4109		2905	-	2263	-	-44,9

Диаграмма структуры распределения видов механической травмы

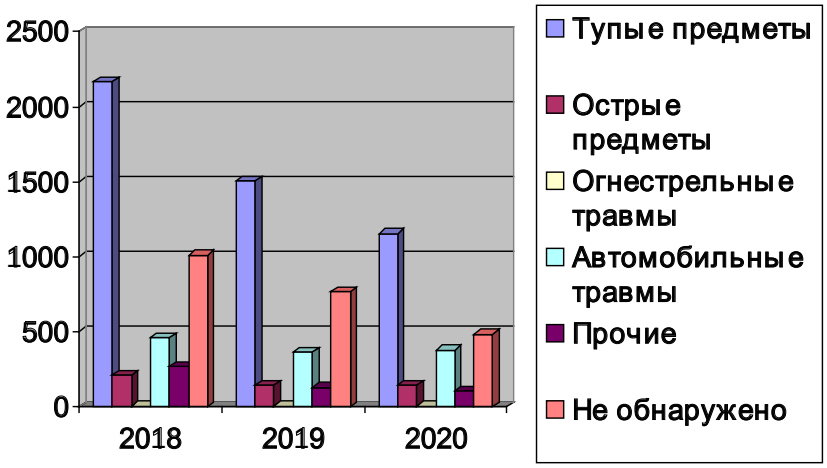


Рис. 6. Структура видов механической травмы в филиале «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

Сроки проведения экспертиз и исследований

По живым лицам 100% исследований проводится в установленные сроки. За исключением 3 случаев (экспертиз), когда сотрудник находился на лечении по поводу заболевания.

По трупам количество экспертиз (исследований), проведенных в срок до 14 дней, уменьшилось на 16%.

По трупам: в срок до 1 месяца в 2020 году – 99,1%, в 2018 году – 100%.

Свыше 1 месяца в 2020 году – 9 случаев, в 2018 году – экспертиз с превышением сроков окончания экспертиз не зафиксировано. Увеличение количества экспертиз с превышением допустимых сроков связано с тем, что сотрудник находился на лечении по поводу заболевания.

Таблица 19

Сроки проведения экспертиз «Отделение в г. Нижневартовске» за 2018 – 2020 год (в абсолютных цифрах и в %)

Судебно-медицинская экспертиза/ исследование живых лиц	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Динамика,%
До 14 дней	3904	2711	2053	-47,4
15-30 дней	238	246	260	9,2
Свыше месяца	-	1	3	

Продолжение таблицы 19

Судебно-медицинская экспертиза/ исследование трупов	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Динамика,%
До 14 дней	324	222	272	-16,0
15-30 дней	492	680	754	53,3
Свыше месяца	-	1	9	

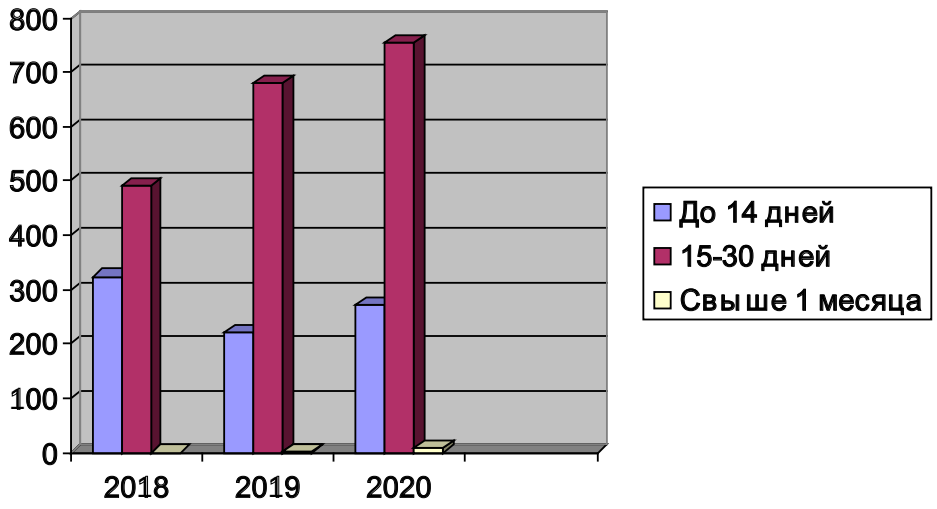


Рис. 7. Структура сроков проведения экспертиз по трупам в филиале «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

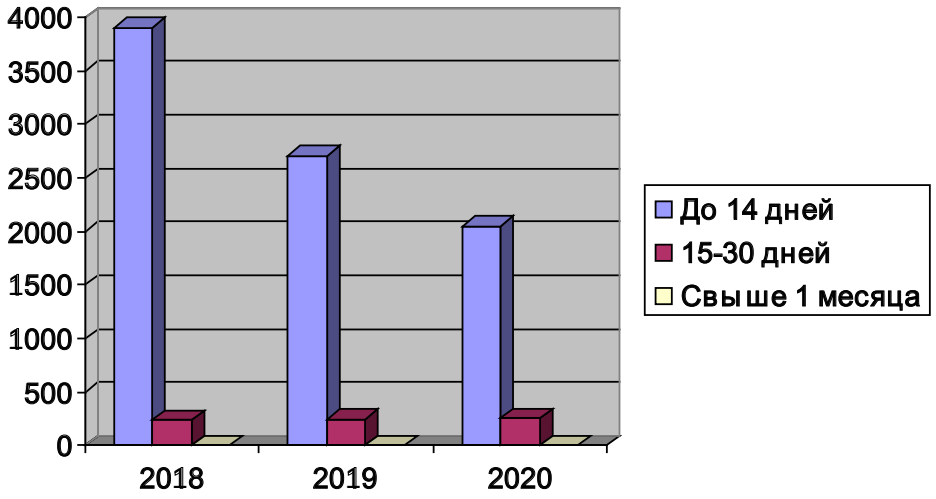


Рис. 8. Структура сроков проведения экспертиз по живым в филиале «Отделение в городе Нижневартовске» за 2018-2020 гг.

Взаимодействие с правоохранительными органами

Общее число консультаций работникам правоохранительных органов составило в 2020 году – 37, в 2018 году – 30 случаев, что также связано с увеличением количества аутопсий.

Общее число участий судебно-медицинских экспертов в следственных экспериментах составило в 2020 году – 4, в 2018 году – 4.

В судебных заседаниях эксперты участвовали в 2020 году – 8 раз, в 2018 году – 9 раз.

Число выездов экспертов на места происшествий составило в 2020 году – 243 случая, в 2018 году – 198 случаев (рост на 22,7%). Наблюдается увеличение количества трупов, осмотренных на месте происшествия. Это связано с увеличением общего количества трупов и соответственно с ростом насильственной смерти.

Таблица 20

Сравнительный анализ по количеству выездов экспертов на место происшествий, участий в следственных экспериментах, в заседаниях по филиалу «Отделение в г. Нижневартовск» за 2018-2020 годы

Вид деятельности	12 месяцев			Темп прироста/ убыли в %
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	
Общее число консультаций работникам правоохранительных органов	30	7	37	23,3
по живым лицам	20	4	21	5,0
по трупам	10	3	16	60,0
Общее число участий в следственных экспериментах	3	6	4	33,3
по живым лицам	3	4	2	-33,3
по трупам	0	2	2	
Общее число участий в судебных заседаниях	9	22	8	-11,1
по живым лицам	6	17	8	33,3
по трупам	3	5	0	-100,0

Участие экспертов в комиссии по исследованию летальных исходов и в клинико-анатомических конференциях

Кроме проведения аутопсий, экспертиз по поводу определения тяжести вреда здоровью, причиненного человеку, судебно-медицинские эксперты участвуют в клинико-анатомических конференциях и в КИЛИ. Как видно из таблицы с каждым годом данный показатель только растет (прирост на 65,2 %), что связано с усилением контроля за медицинской деятельностью и принятием национальных проектов в области медицины и демографии.

Таблица 21

Участие экспертов в комиссии по исследованию летальных исходов и в клинико-анатомических конференциях

Показатели	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста %
Участие врачей СМЭ в КИЛИ и КАК	23	31	38	65,2

Выводы

На основании анализа деятельности филиала «Отделение в городе Нижневартовске» установлено:

1. Филиал соответствует современному уровню государственного экспертного учреждения судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации как по материально-техническому оснащению, так и по укомплектованности штатами.

2. Филиал выполняет значительный объем работы по всем видам исследований.

3. В структуре общей смертности преобладает ненасильственная смерть. Наиболее частая ее причина: заболевания системы органов кровообращения. Год за годом увеличивается смертность от онкологических заболеваний, такие случаи стабильно занимают второе место среди случаев ненасильственной смерти.

4. В структуре насильственной смертности преобладают летальные случаи от механической травмы, механической асфиксии и отравлений. Основными причинами смерти от механической травмы являются автомобильная травма и травма от действия тупыми твердыми предметами.

5. При анализе экспертиз и исследований потерпевших, обвиняемых и других лиц установлено, что подавляющее большинство повреждений возникло от действия тупых предметов, что связано с наибольшей доступностью и распространенностью тупых твердых орудий в быту.

Литература

1. Актуальные вопросы судебной медицины: материалы межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов: сборник научных статей / под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.
2. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей. – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
3. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей. – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.
4. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей. – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

© Кузьмичев Д.Е., Диордица Д.В., Скребов Р.В., Мисников П.В., 2021

УДК 615.832

ГИПОТЕРМИЯ. ЗА ГРАНЬ ВОЗМОЖНОГО

Неъматов Г.Х.,
врач-анестезиолог-реаниматолог отделения
реанимации и интенсивной терапии новорожденных
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»
Агашков В.С.,
к.м.н., врач-анестезиолог-реаниматолог отделения
реанимации и интенсивной терапии новорожденных,
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»
Верещинский А.М.,
заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии, врач-анестезиолог-реаниматолог
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»
Макарова Т.Л.,
к.м.н., заведующий отделом медицинской статистики и страховой медицины,
врач-педиатр ОПН БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»

Умеренная терапевтическая гипотермия – перспективная методика церебропротекции, направленная на снижение летальности и инвалидизации после перенесенной гипоксически-ишемической энцефалопатии. В статье освещен опыт использования терапевтической гипотермии у новорожденного в отделении реанимации и интенсивной терапии БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» за период 2017-2021гг (по итогам 9 месяцев), проведён 21 случай управляемой терапевтической гипотермии. Выживаемость при изначальных критических параметрах составила 90,5% (19 случаев). Все случаи имели положительные результаты неврологического статуса в раннем периоде на момент выписки из стационара, но, к сожалению, не все случаи было возможным отследить катамнестически. В статье приведен пример успешного применения управляемой аппаратной терапевтической гипотермии новорожденного у ребенка, перенесшего асфиксию тяжелой степени при рождении, описательным методом случая истории болезни. Особенностью данного случая является успешность у новорожденного с оценкой по шкале Апгар 0-1-3 балла и критическими показателями кислотно-основного состояния при рождении.

Ключевые слова: пределы pH крови, гипотермия, критичные цифры pH, нейрональное повреждение, церебропротекция, эффективная нейропротективная гипотермия, предотвращение повреждения нейрональной ткани

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, возникающая вследствие перенесенной асфиксии при рождении, остается одной из самых важнейших проблем неонатологии ввиду высокого риска развития тяжелых неврологических дисфункций и летального исхода. По данным мировой статистики, частота тяжелой ГИЭ в популяции новорожденных составляет от 0,37 до 3 на 1000 родившихся живыми [7,8]. Большинство детей с тяжёлой гипоксически-ишемической энцефалопатией имеют сильный неврологический дефицит, 10–20 % – неврологические нарушения средней тяжести, и только единицы не имеют осложнений. У детей со

среднетяжёлой гипоксически-ишемической энцефалопатией в 30–50 % случаев имеются тяжёлые неврологические нарушения, и только у 10–20 % развиваются минимальные неврологические осложнения. Большинство детей с лёгкой ГИЭ полностью восстанавливаются [9,10].

Тяжелая асфиксия при рождении – это состояние, характеризующееся низкой оценкой по шкале Апгар и комплексом клинико-лабораторных признаков нарушения состояния ребенка [1, 2].

Шифры международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), применяемые у детей, нуждающихся в терапевтической гипотермии: P21.0 Тяжелая асфиксия при рождении, P91.0 Церебральная ишемия, P91.6 Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденного.

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия развивается в первые часы жизни и характеризуется комплексом неврологических нарушений различной степени тяжести, наступивших в результате асфиксии при рождении [1].

Данная проблема сохраняет свою высокую медико-социальную значимость, что требует внедрения новых методик лечения, направленных на снижение летальности и инвалидизации после данного состояния. Одной из таких методик может быть церебропротекция – защита тканей головного мозга от воздействия повреждающего фактора или его последствий. В развитии ГИЭ выделяют фазы первичного и вторичного повреждения нервной ткани. Первичное повреждение развивается в момент воздействия асфиксии и характеризуется необратимой гибелью клеток головного мозга, объем которой зависит от глубины и длительности гипоксии. Вторичное (отсроченное) повреждение активизируется в фазу реоксигенации-реперфузии спустя 2–12 ч после первичного повреждения и вызывается активизацией ряда патогенетических механизмов, приводящих к гибели уцелевших тканей мозга, увеличению объема нейронального повреждения и ухудшению прогноза для жизни и здоровья. Механизмы вторичного повреждения нейрональной ткани: гипоксия и энергодефицит, глутамино-кальциевый стресс, цитокиновая активность, свободнорадикальное повреждение, активация апоптоза.

Целью церебропротекции является блокирование патологических процессов вторичного нейронального повреждения и улучшение исхода заболевания. Церебропротекция теоретически может быть достигнута путем воздействия на перечисленные выше патологические процессы либо медикаментозно, либо посредством гипотермии. Сложность медикаментозного блокирования нейронального повреждения заключается в том, что все перечисленные выше патологические процессы работают параллельно друг другу, поэтому попытки блокирования одного из них не приводят к блокированию всего комплекса вторичного повреждения. На сегодняшний день в мировой практике не известен ни один лекарственный препарат, нейропротективные свойства которого могли бы существенно уменьшить повреждающее действие указанных патогенетических механизмов, а его эффективность была бы подтверждена в клинических исследованиях высокого уровня [11,12]. Единственный церебропротектор, способный воздействовать на все механизмы повреждения, – терапевтическая управляемая умеренная гипотермия. Экспериментальные работы выявили, что гипотермия способствует снижению метаболических потребностей, уменьшению вторичного энергодефицита, блокированию высвобождения глутамата, блокированию синтеза свободнорадикальных частиц, ингибированию воспаления и апоптоза.

Методика терапевтической гипотермии в настоящее время включена в национальные рекомендации многих стран мира, при условии соблюдения критериев отбора и протоколов проведения гипотермии у доношенных и поздних недоношенных новорожденных, рожденных в умеренной или тяжелой асфиксии, основанных на данных опубликованных рандомизированных клинических исследованиях (уровень доказательности 2А) [13-19, 20, 21]. Данный метод терапии рекомендован к применению у новорожденных обновленными в 2015 году Европейскими протоколами по реанимации [22].

В Кохрановском систематическом обзоре 2013 года было показано статистически значимое снижение летальности у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией, получавших общую гипотермию. В то же время достоверного снижения летальности у новорожденных, которым проводилась селективная гипотермия, выявлено не было [23]. В систематическом обзоре 2018 года исследова-

тели отметили снижение частоты ДЦП после проведения терапевтической гипотермии по сравнению со стандартной терапией у новорожденных с гипоксической ишемической энцефалопатией [отношение рисков (ОР) 0,66, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,54-0,82; 7 исследований; 881 ребенок] [24].

Клинический случай: Ребенок К., декабрь 2020 г.р. Из анамнеза матери известно, что данная беременность III, протекавшая с признаками в/утробной гипоксии плода, треб. предостав. мед. помощи (O36.3), на фоне гестационного сахарного диабета (O24.4). Макросомия плода (036.6). Роженица переведена из отделения патологии беременности в начале I периода III срочных родов. Роды III, срочные, в переднем виде затылочного предлежания с многократным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, по типу портупеи, вокруг ручки плода. Антропометрические данные при рождении: масса тела 3950 г, рост 56 см, окружность головы 37см, окружность груди 35см. На момент рождения признаков живорожденности не выявлено, учитывая наличие сердцебиения плода во втором периоде родов, в соответствии с методическим письмом Минздрава РФ от 04.03.2020г №15-4/И/2-2570 проведена реанимация и стабилизация состояния новорожденного в родильном зале. Оценка по шкале Апгар 0-1-3-3-3 балла. Начата пассивная гипотермия.

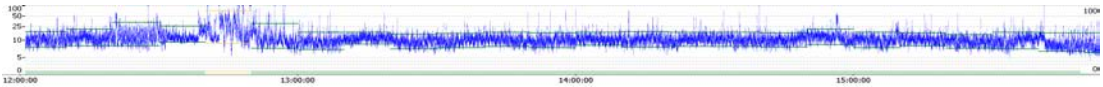
Анализ кислотно-щелочного состояния: выявлялся смешанный декомпенсированный ацидоз, гиперкапния, гиперлактатемия (табл.1).

Ребенок из родильного зала транспортирован в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных в транспортном инкубаторе на фоне продолжающейся пассивной гипотермии. Длительность транспортировки составила 2 минуты. Дыхательная поддержка во время транспортировки: ИВЛ аппаратом F120-MOBIL Stephan. Дотация O2 70% PiP 25 смH2O, PEEP 5 см Rate 55 в минуту.

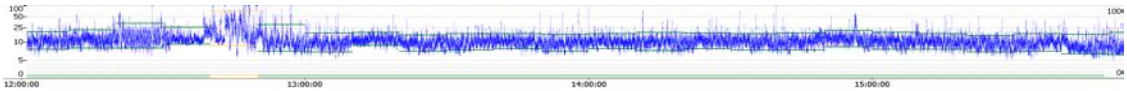
При поступлении ОРИТ общее состояние крайне тяжелое, тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью, сердечно-сосудистой недостаточностью неврологическими нарушениям. Проведена катетеризация пупочной вены, начата инфузионная терапия. С рождения ребенок находился на ИВЛ с параметрами вентиляции PiP до 25 смH2O, PEEP 5 смH2O, Rate: до 80 в мин., с дополнительной дотацией кислорода до 70%. В динамике параметры ИВЛ снижены до поддерживающих цифр, дополнительная дотация кислорода снижена до 21%. Сердечно-сосудистая недостаточность проявлялась следующими признаками: ЧСС 103 уд в минуту, анурия, низкая перфузия тканей и органов, выраженная артериальная гипотония (систолическое АД 25 мм рт ст, среднее АД 16 мм рт ст). Учитывая артериальную гипотензию проведена волюм-эспандерная терапия, с последующей инотропной поддержкой Адреналином 0,1% учитывая декоменсированный лактат ацидоз. При оценке неврологического статуса при поступлении выявлено: поза распластанная, отсутствия реакции на осмотр, спонтанная двигательная активность отсутствует, тонус мышц резко ослаблен, физиологические рефлексы не вызываются. Оценка по модифицированной шкале комы Глазго для младенцев и детей 4 балла, что соответствует коме. По классификация гипоксически-ишемической энцефалопатии расценено как ГИЭ III степени. В ОАК при поступлении анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, нейтрофильный индекс 0,28 (табл.3).

НСГ первые сутки жизни: Перивентрикулярная ишемия. Нарушение ауторегуляции мозгового кровотока. Киста субэпендимальная 1,5 мм справа.

ЭЭГ при рождении (1е сутки жизни до начала гипотермии)



Амплитудно-интегрированная ЭЭГ (aEEG) [P4-FZ[O2A1]]



Амплитудно-интегрированная ЭЭГ (aEEG) [P3-P4[O1O2]]

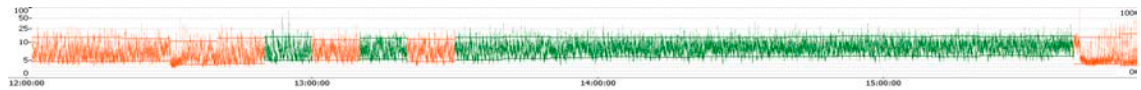


Рис. 1. Амплитудно-интегрированная ЭЭГ (aEEG) [P3-FZ[O1A1]] 1-е сутки

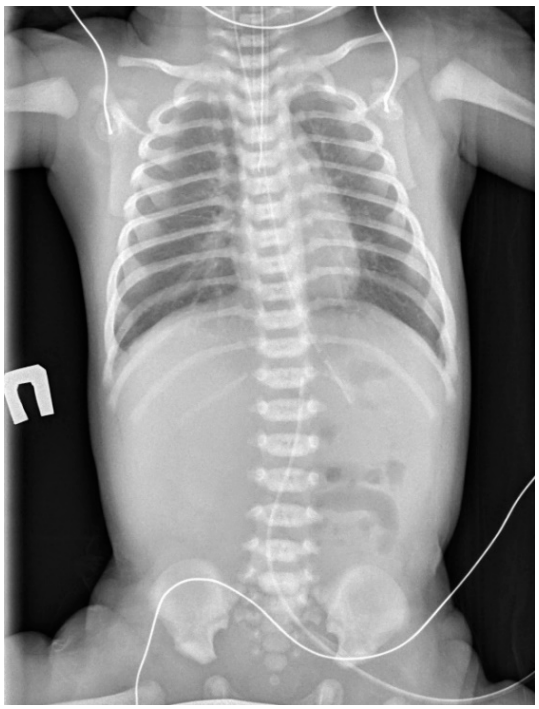


Рис. 2. Обзорная рентгенография 1 сутки жизни

ЭЭГ Доминирующий фоновый паттерн «постоянный низковольтажный паттерн», амплитуда нижнего уровня записи менее 5 мкВт, верхнего края 10-15 мкВт. Циклическая вариабельность «сон-бодрствование»: отсутствует. Наличие судорожных паттернов: отсутствуют. Отмечаются эпизоды подъема минимальной амплитуды аЭЭГ, которые не сопровождаются появлением стереотипных волн на нативной ЭЭГ. Функциональное состояние ЦНС по данным аЭЭГ мониторинга: нарушение функционального состояния ЦНС тяжелой степени. Характеристики БЭА головного мозга не соответствуют ГВ. Судорожная активность: отсутствует. Рентгенография обзорная в первые сутки: Рентген-картина может соответствовать сегментарной пневмонии в нижней трети справа.

ЭХОКГ при рождении: тип формирования сердца правильный, правосформированное, леворасположенное, размеры полостей, толщина стенок, диаметр магистральных сосудов: соответствуют возрастной норме, МАРС: дополнительная хорда левого желудочка. Открытое овальное окно. Открытый артериальный проток 2,5 мм. Недостаточность клапана легочной артерии 2 степени. Ускорение кровотока на нисходящей аорте.

Выставлен предварительный диагноз: Тяжелая асфиксия при рождении (P21.0). Гипоксически-ишемическая энцефалопатия тяжелой степени (P91.6). «Крупновесный» для срока ребенок (P08.1) Синдром новорожденного от матери с гестационным диабетом (P70.0) ДН. ССН. Высокий риск ВУИ.

Учитывая вышеизложенное, через 30 минут после рождения, согласно клиническим рекомендациям [23], после предварительного согласия законных представителей ребенка (матери) начата терапевтическая лечебная аппаратная общая гипотермия аппаратом CritiCool, согласно с инструкцией по его использованию в неонатальном режиме с поддержанием целевой ректальной температурой 33,50С в течение 72 часов. С целью седации во время проведения терапевтической гипотермии проводилась титрования мидазолама 0,5%. При проведения терапевтической гипотермии поддерживались целевые значения витальных показателей на уровне: среднее артериальное давление 45-65 мм рт.ст.; сатурация гемоглобина кислородом SpO2 = 90-95%; PCO2 = 35-55 мм рт. ст.; PO2 = 60-80 мм рт. ст.; электролиты в пределах нормы; уровень глюкозы в крови в пределах нормы; ЧСС = 80-120 ударов в минуту. Воспалительные маркеры в ОАК (табл. 2), данные рентгенограммы в первые часы жизни были основанием для эмпирической антибиотикотерапии: Ампициллин 50 мг/кг*3 р/с в/в; Амикацин 15 мг/кг * 1 р/с в/в. После купирования респираторного компонента ацидоза (гиперкапнии) в течение 19 часов проводилось титрование натрия гидрокарбоната 2,5% с целью компенсации метаболических изменений КОС. В 1-е сутки жизни, учитывая нарушения в коагулограмме (табл. 2), проведена трансфузия СЗП. С целью нейропротекции, улучшения метаболических процессов, коронарного и мозгового кровотока назначен р-р цитофлавина 2,0 мл\кг в сутки в\в капельно №5.

На основании выявленного комплекса клинических, инструментальных и лабораторных признаков перенесенной асфиксии тяжелой степени при рождении выставлен клинический диагноз: Основной: P91.6 Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, острый период, III стадия по Сарнат. P23.9 Врожденная пневмония неуточненная. Осложнения основного: P28.5 Дыхательная недостаточность у новорожденного. P91.5 Неонатальная кома. Синдром полиорганной недостаточности. Сопутствующий: P21.0 Тяжелая асфиксия при рождении. P61.3 Постте-

моррагическая анемия.:P70.0 Синдром новорожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Q24.8 МАРС: Дополнительная хорда левого желудочка. Открытое овальное окно. Открытый артериальный проток 2,5 мм. Недостаточность клапана легочной артерии 2 степени.

Через 15 часов с момента поступления проведена смена инотропной поддержки на Допмин 4% 3-5 мкг/кг/мин в/в, на третьи сутки жизни инотропная поддержка отключена, учитывая стабилизацию гемодинамики. На фоне проведения терапевтической умеренной гипотермии через 22 часа 30 минут с момента рождения у ребенка отмечались тонические судороги (локальные подергивания мимической мускулатуры и конечностей, девиация языка, жевательные движения). С противосудорожной целью назначен Тиопентал натрия в нагрузочной дозе 20 мг с последующим титрованием 4 мг/кг/час, судороги купированы. В последующие дни клинически выраженных судорог не было. Через 36 часов с момента рождения начата попытка энтерального вскармливания, ребенок не усваивал. Только с 4-х суток энтеральное питание с постепенным расширением сцеженным грудным молоком и адаптированной молочной смесью через зонд. После прекращения ИВЛ и экстубации ребенок начал сосать самостоятельно из бутылочки через соску. Через 72 часа от начала проведения терапевтической умеренной гипотермии начата процедура контролируемого обратного согревания до достижения целевой температуры 36,50С. Общая продолжительность времени контролируемого обратного согревания составило 8 часов. Достигнута целевая температура ядра 36,50С, патологических реакций не отмечено. На 5-е сутки жизни, учитывая анемию в ОАК (табл. 3), согласно клиническим рекомендациям [24] проведена трансфузия отмытых эритроцитов по индивидуальному подбору. На 7-е сутки ребенок отлучен от ИВЛ.

Динамика клинико-лабораторного состояния и данных обследования

Таблица 1

Динамическое изменения кислотно-основного состояния

Часы жизни	pH	pCO2, мм рт ст	pO2, мм рт ст	Lac, ммоль/л	BE, ммоль/л	cHCO3-, ммоль/л
Сразу после рождения	6,48	133	25	17	-26,2	2,9
1 час после рождения	6,78	76,9	56,5	17	-21,1	6,8
2 часа после родов	6,787	76,9	56,5	17	-21,1	6,8
3 часа после родов	6,920	43,8	46,4	18	-21,4	7,7
8 часов после родов	7,1017	21,9	52,7	20	-212	8,9
12 часов после родов	7,161	24,5	35,1	21	-18,6	10,2
22 часа после родов	7,359	39,0	42,3	8,5	-3,2	21,6
2 суток	7,378	42,2	54,1	3,4	-0,2	24,1
3 суток	7,459	38,2	34,7	2,6	3,1	27,0
7 суток	7,429	33,6	52,1	2,5	-1,9	23,1

Отмечается декомпенсированный смешанный ацидоз по газам крови после рождения, критические цифры pH крови. На фоне применения гипотермии в сочетании с ИВЛ отмечается положительная динамика к восьмому часу жизни, на 7 сутки ребенок переведен на самостоятельное дыхание.

Таблица 2

Коагулограмма в динамике

Показатели	Количество дней жизни		
	2 день	3 день	4 день
ПТИ, %	20	40	54
ПВ, сек	64,1	31,5	23,2
Фибриноген, г/л	0,2	1,3	2,3
АЧТВ, сек	101,8	75,4	90,5
МНО, Ед	5,5	2,6	1,81

На фоне гипоксического синдрома отмечается снижение свертываемости крови (низкий протромбиновый индекс, снижение уровня фибриногена, увеличение протромбиновго времени и активированного частичного тромбопластинового времени).

Таблица 3

Динамические изменения в общем анализе крови

Показатели	Количество дней жизни							
	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день	7 день	8 день
Гемоглобин, г/л	135	118	110	115	99	128	144	133
Эритроциты, 10^{12}/л	3,75	3,36	3,08	2,21	2,83	4,08	4,6	4,10
Гематокрит, %	38,8	34,5	31,3	32,8	28,3	37,6	42,7	38,4
Нормобласты на 100	30	2	3	2	4	2	-	-
Лейкоциты,10^9/л	29,8	33,1	16,7	16,3	9,9	10,8	14,8	12,0
Тромбоциты, 10^9/л	258	168	143	137	156	157	337	397
Эозинофилы	1		1	2	3	6	1	4
Базофилы	0	0	0	0	0	0	0	0
Лимфоциты	51	15	8	8	20	17	31	39
Моноциты, %	5	10	3	10	5	5	17	5
П/ядерные %	11	22	17	17	10	4	4	1
С/ядерные, %	30	51	70	62	62	62	47	51
Юные, %	0	0	1	1	0	0	0	0
Миелоциты, %	1	2	0	0	0	0	0	0
Нейтроф-ый индекс	0,28	0,33	0,2	0,22	0,13	0,06	0,07	0,01

Отмечается анемия с момента рождения с постепенным снижением уровня гемоглобина, лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильной формулы до юных и миелоцитов с относительной нормализацией анализов (не требующих гемотрансфузии) на 6 день лечения.

Таблица 4

Показатели биохимического анализа крови

Показатели	Количество дней жизни		
	При рождении	Восьмые сутки жизни	11 сутки жизни
АЛТ, Ед/л	235,9	51,6	35,1
АСТ, Ед/л	280	54,1	18,2
Билирубин общий, мкмоль/л	15,5	59,6	36,5
Билирубин прямой, мкмоль/л	3,7	3,6	4,8
Билирубин непрямой, мкмоль/л	11,8	56,0	31,7
Мочевина, ммоль/л	3,2	4,8	2,3
Креатинин, мкмоль/л	38	33,8	54,2
Общий белок, г/л	29,3	47,6	50,3
Альбумин, г/л	19,5	32,4	-
СРБ, мг/л	4,4	2,9	Менее 5

В биохимическом анализе крови при поступлении отмечается гипопротеинемия с гипоальбуминемией, повышение печеночных ферментов. Нормализация анализов на 8 день жизни (табл.4).

НСГ вторые сутки жизни: перивентрикулярная ишемия. Киста субэпендимальная справа. Отек мягких тканей. Для уточнения диагноза необходимо проведение НСГ в динамике. Индекс резистентности передней мозговой артерии 0,67.

На 4-е сутки жизни НСГ имела положительную динамику: умеренная перивентрикулярная ишемия. Нарушение кровотока по типу возоспазма. Подапоневротический отек. Индекс резистентности передней мозговой арте-

рии 0,8. В динамике показатели доплерографии в первую неделю жизни проявлялись нарушением кровотока в передней мозговой артерии в виде вазоспазма с последующим снижением индекса резистентности и нарушением кровотока по типу вазодилятации на второй неделе жизни (8 сутки) и нормализацией показателей на третьей неделе жизни (17-ые сутки).

ЭЭГ в динамике 4-7 сутки жизни на фоне проведения гипотермии имело примерно одинаковую характеристику – сначала незначительно изменился вольтаж верхнего края, затем появилась недифференцированная низкоамплитудная активность, амплитудой 10-20 мкВ, с вспышками полиморфных полифазных острых волн, одиночных, а также сгруппированных по 3-4, амплитудой до 60-80 мкВ. К шестому дню жизни появились редкие пробежками полиморфных полифазных волн тета- и дельта-диапазона, максимальной амплитуды до 70 мкВ, а также одиночных острых волн, до 60-70 мкВ. В целом, ЭЭГ картина не соответствует формированию возрастной БЭА головного мозга и свидетельствует о генерализованном нарушении функционального состояния ЦНС тяжелой степени. За время мониторирования типичной эпи-активности и ЭЭГ-паттернов приступов не зарегистрировано.

После стабилизации состояния, улучшения неврологического статуса в возрасте 8 суток ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. На момент перевода сознание ясное, двигательно-эмоциональное возбуждение на осмотр. Спонтанная двигательная активность сохранена. Тонус мышц ослаблен, физиологические рефлексы снижены. Судорог не было, отмечался тремор конечностей при беспокойстве.

К выписке состояние удовлетворительное. Выписан в возрасте 17 дней с положительной динамикой. Вскармливание грудным молоком, сосет самостоятельно. Прибавки в весе стабильные. На осмотр реагирует адекватно, кратковременно фиксирует взгляд, следит за игрушкой. Очаговой неврологической симптоматики и судорог нет. Мышечный тонус умеренно ослаблен в верхне-плечевом поясе. В тракции «висит». Физиологические рефлексы: оральные сигментарные автоматизмы: сосательный, хоботковый, рефлекс Куссмауля (поисковый), рефлекс Бабкина, рефлексы ладонно-ротовой (ладонно-ротовой рефлекс) – вызываются удовлетворительно; спинальные двигательные автоматизмы: рефлексы Моро, Переса, Галанта, Бабинского (хватательный рефлекс), защитный рефлекс вызываются удовлетворительно, рефлекс опоры и автоматической походки новорождённых неустойчивый. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются.

НСГ 17-е сутки 11.01.21. Заключение: структурных изменений не выявлено. Индекс резистентности передней мозговой артерии 0,7.

Возраст 1 мес 4 дня (катамнестически): состояние удовлетворительное, в сознании. Реакция на осмотр адекватная. Очаговой неврологической симптоматики нет. Физиологические рефлексы орального и спинального автоматизма вызываются удовлетворительно. Тонус мышц удовлетворительный. Проведена ЭЭГ (рис.3).

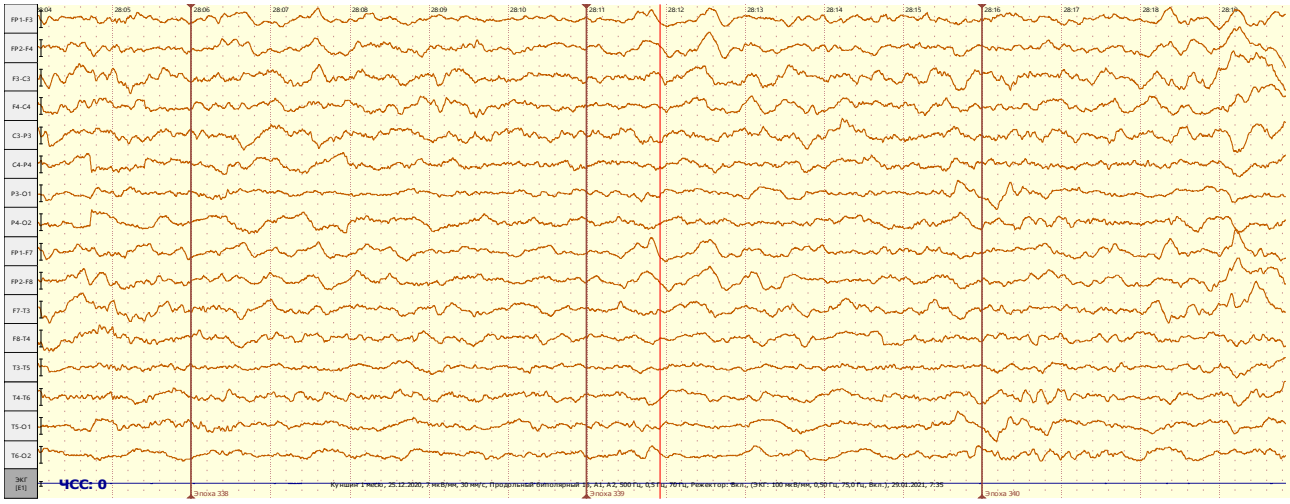


Рис. 3. ЭЭГ 1 мес. 4 сут.

Заключение

ЭЭГ картина соответствует формированию возрастной БЭА головного мозга в цикле сна с отдельными признаками незрелости и свидетельствует о нарушении функционального состояния ЦНС средней степени тяжести. За время мониторирования типичной эпи-активности и ЭЭГ-паттернов приступов не зарегистрировано. Контроль в динамике через 5-6 мес.

Таким образом, на примере данного случая и статистического наблюдения эффективности применения метода управляемой гипотермии новорожденных в БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» можно сделать вывод о необходимости применения данной методики у детей, рожденных в асфиксии, и возможности с помощью нее ограничивать и предотвращать процессы повреждающего действия гипоксии на ткани мозга. Мы планируем продолжить данное исследование с позиции доказательной медицины с применением катамнестичкеских данных пациентов и статистической обработки.

Литература

1. Aslam, S., Strickland, T., Molloy, E.J. Neonatal encephalopathy: need for recognition of multiple etiologies for optimal management. Front Pediatr. 2019; 7: 142. DOI: 10.3389/fped.2019.00142.
2. Azzopardi, D. Steering Group and TOBY Cooling Register participants. Treatment of asphyxiated newborns with moderate hypothermia in routine clinical practice: how cooling is managed in the UK outside a clinical trial / D. Azzopardi, B. Strohm, A.D. Edwards [et al.] // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. – 2009. – Vol. 94, №4. – P. F260.
3. Hayakawa, M. Incidence and prediction of outcome in hypoxic-ischemic encephalopathy in Japan / M. Hayakawa, Y. Ito, S. Saito [et al.] // Pediatr Int. – 2014. – Vol. 56, №2. – P. 215-221.
4. Higgins, R.D. Hypothermia and other treatment options for neonatal encephalopathy : an executive summary of the Eunice Kennedy Shriver NICHD workshop / R.D. Higgins, T. Raju, A.D. Edwards [et al.] // J Pediatr. – 2011. – Vol. 159, №5. – P. 851-858.
5. Jacobs, S.E. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy / S.E. Jacobs, M. Berg, R. Hunt [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – №1. – P. CD003311.
6. Kurinczuk, J.J. Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-ischaemic encephalopathy / J.J. Kurinczuk, M. White-Koning, N. Badawi // Early Hum Dev. – 2010. – Vol. 86, №6. – P. 329-338.
7. al Naqeeb, N. Assessment of neonatal encephalopathy by amplitude-integrated electroencephalography. / N. alNaqeeb, A. D. Edwards, F. M. Cowan [et al.] // Pediatrics. – 1999. – Vol. 103. – P. 1263-1271.
8. Perlman, J.M. Time to adopt cooling for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy : response to a previous commentary / M. Perlman, P. Shah // Pediatrics. – 2008. – Vol.121, №3. – P. 616.
9. Perlman, J.M. Part 7 : Neonatal Resuscitation : 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations / J.M. Perlman, J. Wyllie, J. Kattwinkel [et al.] // Circulation. – 2015. – Vol. 132, №16, Suppl 1. – P. S204-241.
10. Shah, P., Rip Hagen, S., Beyene, J., Perlman, M. Multiorgan dysfunction in infants with post-asphyxial hypoxic-ischaemic encephalopathy. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2004; 89: F152-F155. DOI: 10.1136/adc.2002.023093.
11. Shepherd, E., Salam, R.A., Middleton, P., Han, S., et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 6: CD012409. PMID: 29926474 doi: 10.1002/14651858. CD012409.pub2.
12. Takenouchi, T. Therapeutic hypothermia for neonatal encephalopathy: JSPNM&MHLW Japan Working Group Practice Guidelines Consensus Statement from the Working Group on Therapeutic Hypothermia for Neonatal Encephalopathy, Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW), Japan, and Japan Society for Perinatal and Neonatal Medicine (JSPNM) / T. Takenouchi, O. Iwata, M. Nabetani [et al.] // Brain Dev. – 2012. – Vol. 34, №2. – P. 165-170. 21
13. Thoresen, M. Supportive care during neuroprotective hypothermia in the term newborn : Adverse effects and their prevention / M. Thoresen // Clin. Perinatol. – 2008. – Vol. 35. – P. 749-763
14. Volpe, J.J. Neonatal encephalopathy: an inadequate term for hypoxic-ischemic encephalopathy. Ann Neurol. 2012; 72: 156-66. DOI: 10.1002/ana.23647.
15. Volpe, J.J. Neurology of Newborn / J.J. Volpe. – 5th ed. – Philadelphia : W.B. Saunders, 2008. – 1120 p.
16. Wyckoff, M.H. Part 13 : Neonatal Resuscitation : 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care / M.H. Wyckoff, K. Aziz, M.B. Escobedo [et al.] // Circulation. – 2015. – Vol. 132, №18, Suppl 2. – P. S543-560.
17. National Institute for Health and Clinial Excellence. Therapeutic hypothermia with intracorporeal temperature monitoring for hypoxic perinatal brain

injury [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.nice.org.uk/guidance/ipg347 (Accessed on August 19, 2014).
18. Use and abuse of the APGAR score. Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics and Committee on obstetrics practice, American College of Obstetricians and Gynecologists // Pediatr. – 1996. – Vol. 98, №1. – P. 141-142.
19. Антонов, А.Г., Ионов, О.В., Киртбая, А.Р., Балашова, Е.Н., Никитина, И.В., Рындин, А.Ю. Методика проведения лечебной гипотермии детям, родившимся в состоянии асфиксии. // Анестезиология и реаниматология. – 2014. – № 59(6). – С. 76-78.
20. Дегтярев, Д.Н. и соавт. Амплитудно-интегрированная электроэнцефалография и селективная гипотермия в неонатологической практике – М.: ЛокусСтанди, 2013. – 60 с.
21. Зарубин, А.А., Михеева, Н.И., Филиппов, Е.С., Белогорова, Т.А., Ваняркина, А.С., Шишкина, А.А. Гипоксическиишемическая энцефалопатия у новорожденных, рожденных в тяжелой асфиксии. Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). 2017; 2(2):95-101. doi: 10.12737/ article_59a614fd4eb886.85071185.
22. Задворнов, А.А. Неонатальная терапевтическая гипотермия : как она работает? / А.А. Задворнов, А.В. Голомидов, Е.В. Григорьев // Неонатология : новости, мнения, обучение. – 2016. – № 1. – С. 49-54.
23. Терапевтическая гипотермия у новорожденных детей: клинические рекомендации – М., РАСПМ, Российское общество неонатологов, 2019. – 37с.
24. Ранняя анемия новорожденных: клинические рекомендации – М.: Минздрав РФ, 2021. – 53с.
25. Анемия новорожденных диагностика, профилактика, лечение: клинические рекомендации –М.: РАСПМ, Российское общество неонатологов, 2015. – 34 с.

© Неъматов Г.Х., Агашков В.С., Верещинский А.М., Макарова Т.Л., 2021

УДК 616.5-002

НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ишханян А.Р.,
врач-дерматовенеролог БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер»
Казанцева А.А.,
врач-дерматовенеролог БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер»
Мезенова Е.А.,
и.о. зав.отделением амбулаторно-поликлинического отделения, врач-дерматовенеролог
БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер»

В статье рассмотрен редкий клинический случай из практики амбулаторно-поликлинического отделения БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер» - Норвежская чесотка. Этиология и эпидемиология заболевания, клиническая картина и результаты проведенного лечения.

Ключевые слова: дерматовенерология, случай из практики, чесотка, акародерматит

Норвежская (корковая, крустозная) чесотка – редкая и очень контагиозная форма заболевания. Норвежскую чесотку вызывает обычный чесоточный клещ (Sarcoptes scabiei hominis). Возникает при иммуносупрессивных состояниях, длительном приеме гормональных и цитостатических препаратов, нарушении чувствительности, конституциональных аномалиях ороговения, у больных сенильной деменцией, болезнью Дауна, у больных СПИДом и т.п. Болезнь поражает взрослых и детей любого возраста.

Для иллюстрации приводим клиническое наблюдение:

Осенью 2021 года в амбулаторно-поликлиническое отделение БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер» обратился пациент А. 67 лет с жалобами на выраженный зуд кожи нижних конечностей в течение 2-х лет.

Самостоятельно не лечился. Из анамнеза жизни: проживает с супругой, подобных высыпаний не отмечает. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2-го типа, хронический бронхит.

При осмотре у пациента были обнаружены патологические высыпания на коже в области голеностопных суставов, кожи стоп: множественные экскориации, обильное шелушение желтоватыми чешуйками, трещины кожи, а также изменения ногтевых пластин: ногти утолщены, слоятся и крошатся, имеют желтый оттенок. На подошвенных поверхностях стоп – гиперкератоз (патологическое разрастание рогового слоя кожи), ограничивающий движения, специфический кислый запах от зараженного (похожий на запах квашеного теста) (Рис. 1).

Рис. 1. а - гиперкератотическое наслоение и трещины в области пальцев стоп; б - изменение ногтевых пластин; в - множественные экскориации в области голеней; г - гиперкератотические наслоения в области подошвенной части стоп

С целью исключения онихомикоза и микоза стоп был проведен соскоб ногтевых пластин, а также участка аномально утолщенного рогового слоя кожи. При микроскопическом исследовании в материале было обнаружено большое количество личинок, яиц и зрелых форм Sarcoptes scabiei hominis (рис 2). На основании клинической картины и лабораторных исследований пациентку поставлен диагноз Норвежской чесотки.

Рис. 2. Зрелые формы Sarcoptes scabiei hominis

Пациенту было назначено этиологическое и симптоматическое лечение, включающее противоскабиозные препараты, антигистаминные препараты, а также химическое воздействие на ногтевые пластины. На фоне проведенного лечения заболевание полностью регрессировало (рис. 3).

Рис. 3. Результаты лечения

Литература

1. Дубенский, В. В., Фокина, Р. А., Арефьева, О. С., Ковбас, И. С. Норвежская чесотка. // Российский журнал кожных и венерических болезней – 2014. – С. 12-14.
2. Чесотка: елинические рекомендации. – Разработчик клинической рекомендации: Российское общество дерматовенерологов и косметологов.
3. Кунгуров, Н.В., Сырнева, Т.А., Корюкина, Е.Б., Атипичные и редкие формы чесотки. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – №1. – С. 75–81.

© Ишханян А.Р., Казанцева А.А., Мезенова Е.А., 2021

УДК 616.33-006:616-072

ПЛЕКСИФОРМНАЯ ФИБРОМИКСОМА ЖЕЛУДКА. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕДКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Хорошилова Т.А.,
врач-эндоскопист БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск
Шумилов В.Г.,
заведующий отделением эндоскопии
БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск

Плексиформная фибромиксома (ПФМ) желудка – крайне редко встречающееся новообразование желудка, в мировой литературе описано не более 20 наблюдений. В декабре 2020 года нами был выявлен один случай ПФМ желудка в БУ «Окружная клиническая больница» города Ханты-Мансийска.

Ключевые слова: плексиформная фибромиксома (ПФМ) желудка, новообразования желудка, эндоскопическая резекция слизистой оболочки

Плексиформная фибромиксома (ПФМ) желудка – крайне редко встречающееся новообразование желудка, в мировой литературе описано не более 20 наблюдений, в Российских источниках данные о ПФМ желудка было опубликовано в 2017 году Пироговым С.С. (Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена). Впервые, как отдельный нозологический тип новообразований желудка, ПФМ была описана Y. Takahashi в 2007 году, который определил ее как плексиформную ангиомиксоидную миофибробластическую опухоль. В 2009 году Miettinen с соавторами ввели понятие ПФМ, которое и было включено в классификацию Всемирной Организации Здравоохранения (2010). Согласно данной классификации, ПФМ желудка (код 8811/0) относится к доброкачественным неэпителиальным мезенхимальным опухолям.

Согласно данным большинства публикаций, ПФМ обнаруживается в антральном и препилорическом отделах желудка в виде полушаровидной формы одиночного (реже – множественных) подслизистого образования, и отличительной ее особенностью является наличие изъязвления на верхушке. Размеры описанных в литературе опухолей составляли от 1,5 до 15 см (средний размер – 4 см).

Обычно ПФМ желудка характеризуется бессимптомным течением и, только в ряде случаев, описаны кровотечение из опухоли с развитием анемии и стенозирование выходного отдела желудка с развитием дисфагии.

Патоморфологическая картина ПФМ характеризуется наличием гладкомышечных веретенообразных клеточных элементов, расположенных пучками среди сплетений васкуляризированной миксоидной или фибромиксоидной стромы, локализующимся чаще всего в подслизистом слое и слизистой оболочке, несколько реже – в мышечном слое стенки желудка и субсерозно. В литературе высказываются мнения о том, что опухоль может распространяться на мышечный слой и серозную оболочку стенки желудка только при значительных ее размерах, а первично формируется именно в подслизистом слое. Данных стандартного гистологического исследования с окраской препарата гематоксилин-эозином для установления диагноза ПФМ недостаточно, и для постановки диагноза необходимо выполнение иммуногистохимического исследования (ИГХ). Так, согласно данным литературы, ИГХ-картина при ПФМ характеризуется выраженной экспрессией гладкомышечного актина (SMA), виментина и отсутствием экспрессии CD 117, CD 34, S-100, DOG-1, b-катенина, ALK-1, CDK4, и MUC 4, то есть дифференциальная диагностика ПФМ, при выполнении ИГХ, осуществляется методом исключения других новообразований мезенхимальной природы. Пролиферативная активность опухоли, определяемая уровнем Ki-67, обычно невысока – не более 2%.

Как эндоскопическую, так и патоморфологическую картину при подозрении на ПФМ желудка, в первую очередь, следует дифференцировать с гастроинтестинальными стромальными опухолями (GIST), воспалительными фиброзными полипами (опухолями Ванека), лейомиомами и различными вариантами шванном.

В конце декабря 2020 года нами был выявлен один случай ПФМ желудка. В БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска обратилась пациентка 67 лет с направительным диагнозом «полиповидное образование желудка», по данным гистологического исследования – «гиперпластический (воспалительный) полип желудка с очаговой лёгкой дисплазией. Хронический гастрит средней степени активности. Морфологических признаков злокачественной опухоли в данном материале нет». Пациентке было выполнено мультимодальное эндоскопическое исследование, включавшее осмотр в белом свете с высоким разрешением (HD), узкоспектральную эндоскопию в близком фокусе (NBI Near Focus) и эндоскопическую ультосонографию (EUS). По данным исследования: в проксимальной части антрального отдела желудка по передней стенке визуализировано подслизистое образование округлой формы, размерами около 15 мм в диаметре, по краям – покрытая неизмененной слизистой оболочкой, в центре эрозия до 4 мм, при эндопальпации плотное. При осмотре в NBI Near Focus определено, что по краям эрозивного дефекта архитектоника ямок слизистой оболочки сохранена, внутрисосочковые капиллярные петли не деформированы. При EUS было выявлено, что опухоль локализуется в пределах слизистой оболочки, исходит из 2-го эхографического слоя (мышечной пластинки слизистой оболочки), размерами 17*9,5 мм, равномерно

умеренно гипоэхогенная. Все слои желудка четко прослеживаются, дифференцировка слоев не нарушена. Регионарные лимфоузлы не лоцируются. Заключение: сонографические признаки подслизистого новообразования желудка миогенного происхождения, Gist?

На междисциплинарном консилиуме, учитывая локализицию опухоли, было решено выполнить эндоскопическую резекцию слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое с лечебно-диагностической целью. Первым этапом выполнено наложение меток по периметру образования с применением эндоскопического ножа. Следующим этапом сформирована гидравлическая подушка в подслизистом слое под основанием опухоли с применением раствора Гелофузина с 1% индигокармином, образование приподнялось. Затем произведен окаймляющий разрез слизистой оболочки вокруг меток. На следующем этапе выполнена поэтапная диссекция в подслизистом слое, сформирован пострезекционный дефект размерами до 25 мм в Д, дном которого является мышечный слой стенки желудка, все видимые капилляры в дне пострезекционного дефекта коагулированы. Опухоль была удалена единым блоком в пределах здоровых тканей, что было подтверждено данными гистологического исследования.

Заключение гистолгического исследования следующее: морфологическая картина плексиформной фибромиксомы антрального отдела желудка. Негативный хирургический край. Хронический антрум-гастрит низкой степени активности с очаговой полной кишечной метаплазией, без HP обсемененности. Код по МКБ: D13.1/ ICD-O code 8811/0

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Таким образом, эндоскопические вмешательства при подслизистых новообразованиях являются малотравматичными, высокоэффективными и безопасными, позволяя сократить длительность пребывания пациентов в стационаре.

Литература

1. Пирогов, С.С., Соколов, В.В., Волченко, Н.Н., Карпова, Е.С., Соколов, Д.В., Сухин, Д.Г., Судаленко, О.С., Погорелов, Н.Н. Сборник материалов конференции VIII Научно-Практическая Конференция «Возможности эндоскопии в практике гастроэнтеролога, хирурга, онколога, педиатра» // Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ. – М., 2017.

© Хорошилова Т.А., Шумилов В.Г., 2021

УДК 616.8-009.836

АНАЛИЗ РАБОТЫ СОМНОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА БУ «НИЖНЕВАРТОВСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Жевелик О.Д.,
заслуженный врач РФ, главный врач
БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»,
Михеева Г.Ф.,
к.м.н., заведующий отделением психотерапии и неврозов, врач-психотерапевт
БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»,
Бондаренко К.В.,
врач-психотерапевт отделения психотерапии и неврозов, сомнолог
БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

Сомнология – раздел медицины и нейробиологии, посвящённый исследованиям сна, расстройств сна, их лечению и влиянию на здоровье человека. Она стала активно развиваться последние 30 лет. Предметом ее изучения, в большей степени, являются расстройства сна человека, их диагностика и методы лечения этих нарушений. Этим и занимается сомнолог. Отдельной специальности в перечне врачебных в нашей стране не существует, однако актуальность проблемы диктует свои условия, так как расстройств сна достаточно много.

Ключевые слова: сомнология, расстройства сна, бессонница, инсомния.

Расстройств сна достаточно много, некоторые авторы насчитывают их около 90. Следовало бы вкратце коснуться основных, с которыми наиболее часто обращаются пациенты с жалобами на сон, чтобы впоследствии логично и наглядно перейти к деятельности нашего сомнологического кабинета.

В первую очередь, бессонница или инсомния. Это расстройство сна, при котором человек испытывает трудности или невозможность заснуть, поверхностный сон, сон с частыми пробуждениями, ранние пробуждения. Бессонницу разделяют на острую (менее месяца) и хроническую (которая, к сожалению, может беспокоить человека годами и даже десятилетиями). Нужно разделить также бессонницу, возникающую при других заболеваниях и являющуюся следствием таковых. Так, например, бессонница при невротических расстройствах является одним из нескольких симптомов невроза, а бессонница при болевых синдромах является следствием боли, которая мешает уснуть или полноценно спать человеку. И таких заболеваний, которые также находят свое отражение в качестве сна, достаточно много. И как итог – лечение таких расстройств сна рассматривается, в первую очередь, в рамках лечения основного заболевания, ведь бессонница всего лишь фасад клинической картины. А в другом случае, человека беспокоит непосредственно инсомния, и больше он ни на что не жалуется. В этом случае, это поле деятельности врача сомнолога. Забегая вперед, хочется отметить, что кому как не нам, в отделении неврозов и психотерапии БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница», знать о нарушении сна при невротических и психических расстройствах, поэтому при необходимости мы используем комплексный подход в лечении данных нарушений сна (рис. 1). В мировой статистике от 25% до 45% (по разным данным) взрослого населения сталкиваются в разной степени с бессонницей как острой, так и хронической. У нас в стране более 40 млн. человек испытывают как регулярные, так и периодические проблемы со сном в виде инсомнии.

Рис. 1.

Другим частым расстройством сна является нарушение дыхания и храп (рис. 2). Храп вообще является симптомом, с которым люди мирятся и не особенно переживают на счет его присутствия. Точной статистики нет, но, по мнению некоторых ведущих сомнологов, около 30% взрослых и 10-14% детей постоянно храпит во сне. Зачастую с проблемой храпа обращаются по настоянию близкого окружения, ведь и им этот симптом мешает спать по ночам. Но что есть храп – это звук, который возникает от потока воздуха при дыхании в ротоглотке. Это вызвано тем, что в момент сна мышцы в этой области максимально расслабляются и могут несколько уменьшать просвет дыхательных путей и вибрировать при прохождении через них потока воздуха. Сам храп не страшен, кроме того, что он может докучать окружающим, страшен синдром обструктивного апноэ сна. Когда стенки ротоглотки в дыхательных путях могут смыкаться, что приводит к перекрытию дыхательных путей, приводящих к апноэ. Конечно, за этим чутко следит дыхательный центр в продолговатом мозге, и когда парциальное давление кислорода в кровеносном русле снижается, а углекислого газа нарастает, то сигнал в дыхательный центр приводят к резкому вдоху, что нередко даже будит человека после эпизода апноэ. Следует отметить, что и у здорового человека могут быть эпизоды апноэ. Ночью в покое организму не нужно столько кислорода, и он может функционировать в экономичном режиме. И до 5 эпизодов апноэ за час является нормой. А синдром обструктивного апноэ сна и проявляется наличием более 5 эпизодов за час (а зачастую их в разы больше), что сопровождается частым снижением сатурации. Проще говоря, при данном расстройстве организм в течение ночи борется с вынужденной гипоксией разной степени выраженности. Еще десять лет назад в различных регионах мира не более 2-4 человек из 100 сталкивались с проблемой апноэ сна и ее разрушительными последствиями для организма. Сегодня их число увеличилось в 3-4 раза и составляет от 8 до 10% населения. И единственным действенным методом лечения такого расстройства является использование СИПАП-терапии. Это использование в течение ночи специального аппарата, который подает через маску подогретый и увлаженный воздух под определенным давлением, не давая

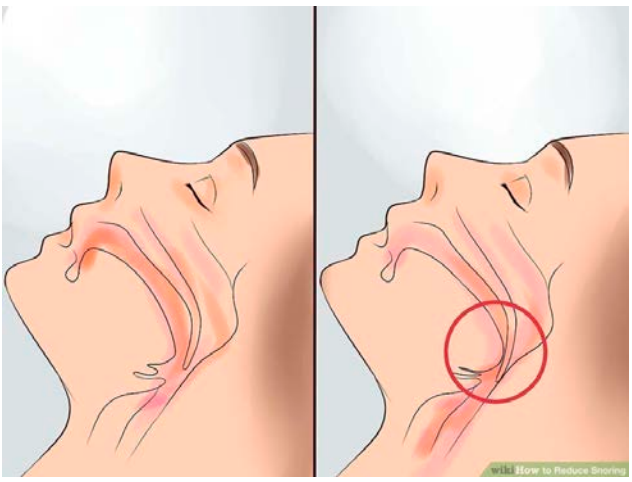


Рис. 2.

смыкаться дыхательным путям. Ведущие сомнологи придерживаются мнения, что хирургическое лечение при храпе и ночных апноэ имеет успех лишь в детском возрасте.

Также нарушением сна является гиперсомния, или повышенная сонливость. То есть сколько бы человек не поспал крепко ночью, он все равно испытывает чрезмерную сонливость днем с непреодолимым желанием заснуть. Что явно снижает качество его работы и жизни в целом. Крайней степенью гиперсомнии является нарколепсия, которая проявляется приступами засыпания у человека до нескольких раз за день. Это достаточно опасное расстройство, так как человек не владеет собой и не может противиться данным приступам, что чревато в первую очередь, травматизмом. К счастью, данным расстройством страдает по статистике 20-40 человек на 100000 населения. Оно лечится препаратами стимуляторами.

Другой группой расстройств сна являются парасомнии. Это группа специфических расстройств сна, которые характеризуются необычным поведением, ощущениями или другими событиями, связанными со сном. К ним относятся конфузионное пробуждение (или сонное опьянение), снохождение (или сомнамбулизм, лунатизм), ночные страхи, ночные ужасы, кошмары, синдром ночной еды, паралич сна, синдром «взрывающейся головы», галлюцинации сна, ночной энурез (имеется в виду не детский, а взрослый энурез), сноговорение. Если останавливаться на каждом из этих расстройств, то это займет не одну страницу статьи, поэтому в рамках этой они просто перечислены. Следует лишь отметить, что встречаются они намного реже, так сказать, это единичные пациенты.

Другой группой расстройств является расстройство цикла «сон-бодрствование». Циркадные (циркадианные) ритмы – это циклические колебания интенсивности различных биологических процессов, связанные со сменой дня и ночи. Период циркадных ритмов обычно близок к 24 часам. Нарушения циркадного ритма сна развиваются вследствие десинхронизации между внутренним циклом «сон–бодрствование» и внешним циклом смены дня и ночи. Причинами таких нарушений могут быть внутреннее или внешние, например, посменная работа, смена часовых поясов. Также справедливо было заметить, что нередко режим сна сбивается при нарушении гигиены сна, то есть тех правил и аспектов здорового сна и бодрствования, которые следует соблюдать и придерживаться каждому человеку как, например, правил здорового питания.

Последней, но не менее важной группой расстройств сна являются расстройства движений во сне. Куда входят: синдром беспокойных ног, синдром периодических движений конечностей, ночные крампи (болезненные внезапные ощущения в различных мышцах из-за их сильного сокращения), бруксизм (скрежетание зубами), а также другие движения, совершаемые человеком во сне (раскачивание, вздрагивание, дрожание и другие).

Как видно из вышенаписанного, расстройств сна достаточно много и все они довольно разные по своей природе и проявлениям. Но всех их объединяет то, что они нарушают здоровый сон человека. А это зачастую вытекает в то, что человек не испытывает должного освежающего эффекта от ночного сна, не чувствует бодрости утром, а значит в течение дня испытывает сонливость, разбитость, снижение внимания и работоспособности. А если такие нарушения протекают длительно, то это заметно снижает качество жизни человека. Поэтому так важно вовремя обращаться к специалисту для квалифицированной диагностики и лечения таких нарушений. И таким специалистом, в первую очередь, является врач-сомнолог.

Наше учреждение, БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница», всегда идет в ногу со временем, и мы понимаем всю важность в необходимости помощи людям с расстройствами сна. Поэтому на базе нашей больницы отделения психотерапии и неврозов в ноябре 2019 году был открыт кабинет сомнолога, где именно врач-сомнолог ведет консультации пациентов с такими расстройствами. Для этого в нашем арсенале имеются как лабораторные, так и инструментальные методы диагностики для своевременного выявления нарушений сна, а также врач, прошедший обучение по сомнологии (рис. 3)

Рис. 3.

Прием сомнолога, как и любой прием врача поликлинической сети включает основные необходимые важные составляющие, а именно: опрос, объективный осмотр и необходимые исследования. До консультации пациент заполняет несколько опросников, которые субъективно раскрывают проблемы, связанные со сном. А после консультации назначается индивидуальный план обследования и ведения такого человека. Достаточно часто причины могут скрываться не в физиологической составляющей здоровья, а в психологической. Поэтому проведение опроса относительно особенностей проблем в личной жизни, на работе является крайне важным. Комплексный подход к проведению диагностики является залогом успешного лечения и улучшения качества жизни человека.

Для диагностики нарушений сна и связанных с этим симптомов мы используем как лабораторные, так и инструментальные методы лечения. Для некоторых форм бессонницы характерны изменения в анализе крови определённых веществ, а именно железа, ферритина и трансферрина (при этом уровень гемоглобина и гематокрита может быть нормальный). И важно вовремя выявить эти сдвиги, поэтому наша лаборатория помогает нам в диагностике нарушений сна. И при необходимости пациент сдает у нас анализ крови. Важным инструментальным методом диагностики, который

мы проводим, является кардиореспираторный мониторинг. Это ночное исследование, когда пациент проводит одну ночь в нашем отделении с медперсоналом, но спит со специальным аппаратом, который в течение всей ночи записывает важные показатели дыхания, потока воздуха при дыхании, пульса, наличие храпа, положения тела. При расшифровке полученных данных сомнологом выносится заключение, это дает объективную оценку этих параметров.

После того как выявлена причина, приводящая к расстройству сна, индивидуально подбираются и методы терапии. Это могут быть различные варианты медикаментозной терапии, психотерапии, СИПАП-терапии при нарушении дыхания во сне, и конечно никогда не будет лишним провести беседу с человеком о гигиене сна.

Итак, что можно сказать о работе нашего кабинета сомнолога за прошедшие 2 года. Следует отметить, что пандемия по новой коронавирусной инфекции внесла свои коррективы в работу, без преувеличения сказать, всех медиков, это не обошло стороной и деятельность нашего кабинета, некоторое время приема не было по понятным причинам. Но как только ситуацию стабилизировалась для полноценной амбулаторной деятельности работа в этом направлении возобновилась.

За время работы всего проконсультировано 112 человек. Нозологически представим для наглядности это в виде таблицы 1:

Таблица 1

Заключение (диагноз)	**Количество пациентов**	**Процентное соотношение**
Хроническая инсомния	64	57,1%
Острая инсомния	12	10,6%
Синдром обструктивного апноэ сна	18	16,0%
Изолированный храп	6	5,3%
Гиперсомния	1	0,8%
Нарушение гигиены сна	6	5,2%
Расстройство режима сна и бодрствования (вызванное посменной работой)	3	2,5%
Парасомнии	3	2,5%
Всего	112	100%

Анализируя таблицу 1, можно сделать ряд выводов. Преобладающая когорта пациентов, обращающихся за помощью к сомнологу, – это люди с бессонницей (инсомнией). И здесь явный перевес в сторону хронической бессонницы, потому как на прием намного чаще приходятся жалобы на ночной сон, которые беспокоят человека зачастую не один месяц, а иногда не один десяток лет. С острой бессонницей несколько понятнее, так как чаще она обусловлена какими-нибудь внешними причинами. И у 12 пациентов с острой бессонницей больше половины острая инсомния является симптомами невротической реакции – это 10 человек, а у 2 пациентов наблюдается острая бессонница в картине расстройства личности. Острая бессонница лучше поддается терапии короткими курсами снотворных транквилизаторов (феназепам), гистаминов снотворных (доксиламин), реже использовались сильнодействующие снотворные (запиклон, нитразепам). Успех применения данных снотворных основан на снятии неврогенной напряженности пациента перед сном, что способствовало его более легкому и плавному отхождению ко сну. Курс лечения данными препаратами обычно составлял 1-2 недели, редко 3.

Далее хотелось коснуться самой большой категории пациентов, обратившихся за помощью, это пациенты с хронической бессонницей. Когда нет явных причин для того, чтобы полноценно не спать, нет психологических причин тревожиться, расстраиваться, переживать, но при этом пациентов длительно (как минимум месяц) беспокоит качество ночного сна. И когда это перерастает в некий образ жизни – борьбы с бессонницей – зачастую у пациентов появляется страх бессонницы. Это

проявляется в напряжении человека перед сном и страхом снова не заснуть и промучиться до утра, а на следующий день не чувствовать себя полноценно. Следует отметить, что в большинстве случаев бессонница – это не отсутствие сна каждый день, пациенты отмечают у себя наличие как «хороших ночей», когда они поспали хотя бы несколько часов (3-4-5) без пробуждения, так «плохих ночей», когда у них складывается ощущение того, что «просто пролежал всю ночь с закрытыми глазами». Лечение хронической бессонницы, на наш взгляд, самый непростой терапевтический процесс. Все начинается с того, что после тщательного сбора анамнеза и исследования всех опросников, заполненных пациентом, важно рассказать основные аспекты гигиены сна. И к слову говоря, именно этого хватило 6 пациентам (Таблица 1) для нормализации ночного сна, так как была явно нарушена гигиена сна. После чего пациентам предлагается сдать анализ крови на железо, ферритин, трансферрин. Именно снижение данных веществ в организме может обуславливать трудности засыпания и плохое качество ночного сна. Из 64 человек анализ сдали 49. Снижение анализируемых веществ было выявлено у 9-ти пациентов. И, следовательно, лечение у них бессонницы заключается в назначении препаратов железа длительным курсом с последующим контролем. У 7-ми из 9-ти таких людей сон восстановился со временем почти полностью в течение 3-х месяцев. Но 3 месяца – это не срок, когда дело касается жалоб на плохой сон, беспокоящих ранее годами. Если же уровень железа не выходит за нормальные значения, индивидуально назначается лекарственная терапия. Предпочтение отдается физиологическому восстановлению сна, а именно препаратам мелатонина (циркадин, мелаксен), которые назначались курсом 2-4 недели. Чаще они сочетались с препаратами, которые косвенно улучшают ночной сон, но которые можно принимать длительно без риска привыкания. К ним относятся некоторые антидепрессанты (амитриплилин, тразадон, миртазапин, агомелатин, миансерин), иногда использовались малые нейролептики (тиоридазин, хлорпротиксен, сульпирид). Интересным для использования является небензодиазепиновый снотворный – залеплон, который показал некоторую свою эффективность. Предпочтение все же отдавалось антидепрессантам, в противовес транквилизаторам, применяемым при острых инсомниях. Важно сказать, что в терапевтическом процессе бессонницы, а точнее в медикаментозной терапии бессонницы, не выявилось каких-либо универсальных или беспроигрышных схем, все подбирается индивидуально. Поэтому пациенты именно с хронической бессонницей приходят на повторные консультации для побора или коррекции схемы лечения. В таблице 2 наглядно показано количество первичных и повторных консультаций.

Таблица 2

Заключение (диагноз)	**Первичных консультаций**	**Повторных консультаций**
Хроническая инсомния	64	89
Острая инсомния	12	5
Синдром обструктивного апноэ сна	18	27
Изолированный храп	6	3
Гиперсомния	1	0
Нарушение гигиены сна	6	1
Расстройство режима сна и бодрствования (вызванное посменной работой)	2	0
Парасомнии	3	1
Всего	112	125

Как видно из таблицы 2, именно пациенты с хронической бессонницей обращаются повторно на консультации к сомнологу. Но следует отметить, что не все 64 человека, а лишь 52 человека. Причем из 52 некоторые консультировались более 2-х раз.

Большой когортой пациентов, возвращающихся на повторные консультации, являют-

ся пациенты с синдромом обструктивного апноэ сна. И этому есть логическое объяснение. При первом обращении и жалобах пациентов на храп и остановку дыхания во сне (помимо прочих), назначается проведение ночного кардиореспираторного мониторинга, который проводится в условиях отделения ночью, когда пациент спит со специальным аппаратом. По итогу обследования проводится расшифровка полученных данных, когда можно четко дифференцировать синдром обструктивного апноэ сна, его тяжесть, степени выраженности, риски, отличить его от изолированного привычного храпа (когда кроме храпа не выявляется значимых нарушений дыхания за время обследования). Из этого следует то, что пациенты, прошедшие обследования, обязательно консультируются врачом повторно для разъяснения полученных результатов, выдачи заключения и получения рекомендаций. В легких случаях синдрома обструктивного апноэ сна активная терапия не проводится, даются рекомендации по общим вопросам ночного сна, снижения массы тела (так как почти все пациенты с данным расстройством имеют избыток массы тела и ожирение). При средней и тяжелой степени синдрома обструктивного апноэ сна пациентам рекомендуется СИПАП-терапия. Когда пациент самостоятельно приобретает себе СИПАП-аппарат и использует его в течение ночи. Данная терапия не имеет осложнений и побочных реакций, кроме того, что пациентам требуется некоторое время привыкнуть спать с маской на лице. Но зачастую сразу же после первый ночи с использованием аппарата пациенты чувствуют разницу утром, так как качество их ночного сна значительно меняется в лучшую сторону.

Справедливости ради, не забудем и тех единичных пациентов, обратившихся: с гиперсомнией (1 человек), ему был назначен прием утром антидепрессанта с активирующим эффектом; парасомниями (1 человек с ночными кошмарами, 1 человек с ночными ужасами, 1 человек со сноговорением); и расстройствами режима сна и бодрствования, вызванными посменной работой (2 человека), им рекомендован длительный прием мелатонина и по возможности смена графика работы без ночных смен.

В заключение хотелось бы отметить «географию» наших пациентов, обращающихся на консультацию. Кроме основной части пациентов из Нижневартовска, с автономного округа к нам обращались: п. Излучинск, г. Радужный, п. Новоаганск, г. Когалым, г. Нефтеюганск, г. Сургут, г. Ханты-Мансийск, также г. Стрежевой.

Несмотря на то, что работа ведется не так давно, кабинету всего 2 года, но все же нам есть чем по-своему гордиться, и, конечно, к чему стремиться. В планах – не останавливаться на достигнутом, совершенствовать работу во благо пациентов города и округа.

© Жевелик О.Д., Михеева Г.Ф., Бондаренко К.В., 2021

УДК 616-089.843

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ БУ «ПЫТЬ-ЯХСКАЯ ОКРУЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» КАК ДОНОРСКОЙ БАЗЫ В СТАНОВЛЕНИИ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ ОКРУГА

Аксёнов А.В.,
главный врач БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»
Аксёнова К.Е.,
заведующая отделением анестезиологии-реанимации
БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»
Скоробогатов М.М.,
заместитель главного врача по хирургии
БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийск
Ахтямов Р.Р.,
заведующий хирургическим отделением №3
БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийск

Рассмотрены данные работы БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» с пациентами, имеющими инкурабельное поражение головного мозга, показаны причины отказа в донации, сделаны выводы по становлению медицинской организации II уровня в качестве донорской базы.

Ключевые слова: донорская база, трансплантация, потенциальный донор

БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» представляет собой медицинскую организацию II уровня с прикреплённым населением 41000 человек, мощностью 216 коек.

Реанимационная помощь за год оказывается 1300-1400 пациентам, из них с нарушением сознания (центральная кома) в период 10.2018-09.2021 годы было пролечено 282 пациента.

После получения лицензии на «Изъятие и хранение органов и (или) тканей человека для трансплантации», приказом Департамента здравоохранения ХМАО-Югры №1022 от 25.09.2017 г. «Об организации работы службы трансплантации органов и (или) тканей человека на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» г. Пыть-Ях была обозначена как донорская база службы трансплантации округа для оказания высокотехнологической помощи больным листов ожидания методом пересадки органов. Совместно со специалистами Центра трансплантации БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийск отработана схема взаимодействия структур БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница», осуществляющей донорский этап, обозначены функциональные обязанности трансплантационного координатора, мероприятия по диагностике смерти мозга, кондиционированию трупа пациента, проработан документооборот данной деятельности.

С октября 2018 года региональная служба органной трансплантации начала осуществлять работу по трупному донорству на данной базе.

За время контактов по потенциальным донорам поставлено на учет в центр трансплантации в 2018 г. – 5 пациентов, 2019 г. – 7 пациентов, 2020 г. – 10 пациентов, за 11 месяцев 2021 г. – 4 пациента. Из 25 потенциальных доноров эффективными посмертными донорами стали 4 умерших (16%).

Пациент, в случае возможного донорства, обследовался на наличие инфекционных заболеваний методом ИФА (гепатиты В, С, ВИЧ, сифилис). При отрицательных результатах анализов, образцы крови исследовались на более расширенный спектр инфекций методом ПЦР (1).

Непосредственно перед проведением первого этапа диагностики смерти мозга или в период наблюдения проводились генетические исследования на наличие антигенсовместимых реципиентов листов ожидания. По УЗИ оценивалась эхогенность печени в сравнении с паренхимой почки на предмет фиброза и цирротических изменений, исключалась мочекаменная болезнь, гигантские кисты, поликистоз, опухоли (2).

На этапе диагностики смерти мозга пациентам проводились неврологические и лабораторно-инструментальные методы обследования, согласно приказа Минздрава РФ 25.12. 2014 г. № 908н. (3)

Причины отказа в донации следующие:

1. Улучшение состояния – 3 случая (12%).

2. Наличие сопутствующей патологии (возраст, гемоконтактные инфекции, соматическая патология, септический процесс) – 7 случаев (28%).

3. Смерть от сердечно-сосудистой недостаточности, шока, наступившая ранее появления признаков смерти мозга – 5 случаев (20%).

4. Отказ родственников от донорства – 2 случая (8%).

5. Невозможность проведение теста апноэтической оксигенации (не достигнуто целевое рО2 в артерии, травма барабанной перепонки) – 3 случая (12%).

6. Невозможность трансплантации органов по причине реорганизации коечного фонда профильной МО на оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19 – 1 случай (4%).

По структуре заболеваний органных доноров, приведших к мозговой катастрофе – все были с ОНМК, возрастом 42-56 лет (М=48). По полу – все доноры были мужчинами.

После оформления истории болезни, в соответствии с общепринятыми и предусмотренными в случае органной донации требованиями, выполнялась трупная эксплантация (4).

В одном случае выполнялось мультиорганное изъятие. С целью уменьшения сроков холодовой ишемии печени при данном выезде использовался авиатранспорт. Остальные выезды осуществлялись санитарным автотранспортом.

Время органной эксплантации составляло 2-3 ч 15 мин. (М=2 ч 45 мин).

Возраст реципиентов органов составлял 29-54 года (М=39), стаж заместительной терапии методом гемодиализа составлял 1-7 лет (М=2,4).

После проведенной консервации эксплантированные органы пересажены с удовлетворительной функцией трансплантатов. В одном случае в связи с эшелонированной атеросклеротической бляшкой почечной артерии орган признан непригодным к трансплантации (5).

Выводы:

1. Подготовка специалистов, нормативно-правовая база, а так же оснащение отделения анестезиологии-реанимации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю позволяют БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» эффективно функционировать в качестве донорской базы. Ключевыми направлениями в организации работы базы явились врачебная (морально-этическая) мотивация специалистов, участвующих в констатации смерти мозга, и отработка взаимодействия с координатором Центра трансплантации.

2. Основными причинами, препятствующими увеличению количества изъятий донорских органов, являются:

2.1 исходная тяжесть состояния пациента, приводящая к летальному исходу до момента констатации смерти мозга;

2.2 преморбидный фон, сопровождающийся нарушением функции планирующихся к изъятию органов;

2.3 наличие инфекционных заболеваний.

3. Деятельность БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» показывает, как медицинская организация II уровня может результативно работать в качестве донорской базы для обеспечения доступности трансплантационной медицинской помощи населению округа.

Литература

1. Трансплантация почки: национальные клинические рекомендации. 2013. – С. 16.
2. Трансплантология и искусственные органы / под ред. С.В. Готье. – М.: Лаборатория знаний, 2018. – С. 55, 76.
3. Приказ Минздрава РФ от 25.12.2014 г. № 908н «О порядке установления диагноза смерти мозга человека».
4. Посмертное донорство: национальные клинические рекомендации. 2013. – С. 33.
5. Данович Габриэль, М. Трансплантация почки / пер. с англ. под ред. Я.Г. Мойсюка. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 184.

© Аксёнов А.В., Аксёнова К.Е.,
Скоробогатов М.М., Ахтямов Р.Р., 2021

УДК 616-006

ОНКОЛОГИЯ В РАЗРЕЗЕ

Бондученко Н.А.,
врач-радиолог окружного онкологического центра БУ «Окружная клиническая больница»

Невозможно переоценить важность раннего выявления онкологических заболеваний. В этом поможет регулярное посещение врача пациентами без симптомов этого заболевания, проведение обследований на предмет выявления того или иного злокачественного новообразования.

Ключевые слова: ранее выявление, злокачественные новообразования

Представьте, что вы держите в руках «шляпу» подсолнуха. Если это происходит в начале лета и растение находится в состоянии молочно-восковой спелости то, без помощи инструмента, например пинцета, вы семечко из гнезда не сможете вынуть. Но вот осенью, когда наступает самосев, картина меняется. Ваше семечко может оказаться где угодно, вплоть до Северного полюса.

В сравнении с онкологическим заболеванием рост подсолнуха можно соотнести со стадиям роста злокачественного новообразования. В первой стадии ситуация решается не просто, а очень просто. Несколько неприятных моментов и вы здоровы.

В случае позднего обращения хлопот и неприятностей будет намного больше.

Вам стало интересно: «Из чего состоит эта самая «шляпа» подсолнуха? Вы рассекли её и обнаружили:

1. Само семечко;
2. Гнездо, в котором оно выросло;
3. Мякоть или мягкие ткани, которые это гнездо окутывают.
4. Сосуды, которые всю эту массу питают.

А вот нервных волокон или их окончаний как не было, так и нет. Это и есть самое нехорошее свойство любого, пусть даже и «доброкачественного» новообразования.

Нет болей, нет чувства помехи, нет ощущения тревоги. После того момента, когда болевые или другие неприятные ощущения появятся, возможности любого врача, хоть в России, хоть в Америке, сильно уменьшаются.

Ещё одна причина, которая заставляет нас время от времени встречаться с врачами: новое образование – это, иносказательно говоря, «ребенок», и он растет и требует энергии. В большинстве случаев люди испытывают то, что называется «продрома». Человек быстрее устает, теряет в весе, беспричинно повышается температура тела, но довольно быстро нормализуется. Потливость по ночам. Изменение вкусовых ощущений. В этот момент встреча с онкологом особенно важна.

Статистика показывает, что больше половины больных, у которых рак был диагностирован в 4 стадии, годами не встречались с медицинскими работниками.

Нас, северян, это касается в особенной степени. Растраченные в молодые годы запасы здоровья тают гораздо быстрее, чем в более благоприятной местности, где всего больше: кислорода, витаминов и просто солнечного света. Привычный тост: «Желаем Вам сибирского здоровья и кавказского долголетия» всегда смущает нелогичностью. Какое долголетие без здоровья?

Ещё одна проблема в искаженном понимании того, что такое опухоль. Обычно её представляют как «комок» – узел, шишку или нарост там, где его не должно быть. На самом деле рак – это либо язва, либо рыхлая ткань. Хорошо, если злокачественное новообразование возникло на видном месте, тогда поход к врачу чаще всего завершается победой. Но если злокачественное новообразование находится где-то внутри, и оно «молчит», то приходится искать другие способы его обнаружения. В бытовых условиях – это признаки беспричинного кровотечения: в моче, кале, слюне. На коже – это кровяные корочки, быстро исчезающие и вновь появляющиеся на том же месте.

Еще одна «маленькая» проблема: это, так называемые, доброкачественные опухоли. Никакого добра они не несут, но и особых неприятностей не приносят. Если сосчитать сколько маленьких и не очень образований находится

на нашем теле, то их количество может изрядно удивить. До поры до времени неприятностей действительно нет. Но в жизни человека могут встретиться ситуации, требующие эмоциональной реакции, и, зачастую, это приводит к стрессу. Проведем аналогию – это как незаряженный патрон: есть гильза, пуля, но нет пороха. Пришёл стресс и вам уже не до этой безболезненной «шишечки», а она вдруг стала слегка кровоточить. Надо бы вовремя удалить, но всегда есть неотложные дела. На медицинском языке это называется «санация».

Немного о биодобавках, разумеется, это не лекарства. Но за прошлый «ковидный» год мы все без рекламы и напоминаний вдруг поняли важность и микроэлементов, и витаминов, и просто свежего воздуха. Гуляйте чаще!

Надеюсь, убедил, что время, потраченное на лишнюю встречу с доктором, даром не пропадет.

Поздравляю с приближающимся хорошим праздником – Днём рождения округа!

Будьте счастливы!

© Бондученко Н.А., 2021

Поздравляем

Поздравляем с 50-летним Юбилеем акушерско-гинекологической службы города Нижневартовска

За многие годы истории акушерско-гинекологической службы была проведена большая работа по улучшению материально-технической базы, усовершенствованы и внедрены современные методы диагностики, проведения родов, планирования семьи.

Главным достоянием, несомненно, являются высокопрофессиональные кадры. Преданные делу специалисты, деятельность которых является ярким примером служения людям. Внимание, которое они оказывают пациентам, достойно признания.

Искренне желаем всем сотрудникам акушерско-гинекологической службы новых достижений и успехов в вашем нелегком труде, счастья и личного благополучия, здоровья вашим родным и близким!

С ЮБИЛЕЕМ

Поздравляем с 60-летним Юбилеем БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»!

Работа на скорой помощи – это передовая борьбы за жизнь пациента, тяжелый и благородный труд. От вашей оперативности, профессионализма, слаженности в работе зависит здоровье, а часто и жизнь человека.

История становления сургутской службы скорой помощи началась в 1961 году с двух выездных бригад при центральной районной больнице. Сегодня она по праву считается одной из лучших в округе: современное оснащение, оперативность, быстрота, эффективность и, главное, человеческий подход к каждому пациенту.

Сегодня работники скорой помощи испытывают невероятную нагрузку. Низкий поклон и самые глубокие слова благодарности за ваш труд, самоотверженность, терпение. Желаем всем здоровья, профессиональных побед и спокойных дежурств!

УДК 616.314-77

РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ И СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ИХ ФИКСАЦИИ

Иорданишвили А.К.,
д.м.н., профессор Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Перемышленко А.С.,
врач, Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург
Мушегян П.А.,
врач, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Баринов Е.Х.,
заслуженный врач РФ, доктор мед. наук, профессор
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В статье приводятся результаты клинического исследования, целью которого было провести оценку функционального состояния полости рта в адаптационный период при пользовании съемными зубными протезами. Важность исследования подтверждается возможностью профилактики развития осложнений и исков на ненадлежащую стоматологическую помощь.

Ключевые слова: зубные протезы, фиксация зубных протезов, полость рта, воспалительные изменения, цитологическое исследование

Актуальность исследования

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция к увеличению продолжительности жизни людей, в том числе в Российской Федерации (РФ). С возрастом люди теряют естественные зубы из-за основных стоматологических заболеваний, главным образом, хронических периапикальных и пародонтальных очагов одонтогенной инфекции и их обострений. Утрата естественных зубов (частичная, полная) обусловливает возникновение стойко нарушенных функций жевания, речи, эстетики зубных рядов и лица, и, в конечном счете, приводит к возникновению зубочелюстных деформаций, другой стоматологической и соматической патологии, связанной с нарушением степени измельчения пищи и её ферментативной обработки в полости рта.

Для профилактики стоматологической и соматической патологии, обусловленной утратой естественных зубов, применяют зубное протезирование.

В большом количестве клинических наблюдений пациентам не удаётся изготовить несъёмные или условно-съемные зубные протезы, фиксированные на естественных зубах или имплантатах (дентальных и (или скуловых, особенно лицам старших возрастных групп, главным образом, из-за экономических соображений. Такие зубные протезы являются дорогостоящими. Для пенсионеров РФ съемные зубные протезы (кроме «гибких» зубных съемных протезов из нейлона) используют для восстановления зубных рядов в государственных (муниципальных и ведомственных) стоматологических учреждениях за счёт средств бюджета, то есть бесплатно для пациента.

Частичные и полные съемные акриловые зубные протезы практически не имеют противопоказаний, не требует одонтопрепарирования, полностью восстанавливают целостность зубных рядов, а также гигиеничны и эстетичны. Однако, они всё же имеют ряд отрицательных свойств: недостаточно восстанавливают функцию жевания, имеются проблемы с их фиксацией и стабилизацией, передают жевательное давление на слизистую оболочку протезного ложа, изменяют тактильную, температурную и вкусовую чувствительность в полости рта, способствуют размножению микроорганизмов, в том числе условно-патогенных и патогенных, нарушают функцию речи, обостряют «отвергаемые» рефлексы и воспринимаются как инородное тело. Кроме того, при пользовании съемными зубными протезами часто возникают воспалительные изменения слизистой

оболочки протезного ложа, особенно при наличии сопутствующей коморбидной патологии. Данный факт может привести к развитию конфликтной ситуации и претензиям к врачам о ненадлежащем оказании медицинской помощи (1,2,3).

Поэтому, используя съемные зубные протезы различных конструкций, пациенты стремятся улучшить их функционирование, а также устранить воспалительные изменения протезного ложа, для чего созданы специальные кремы (гели) для фиксации зубных протезов. Клинические исследования показали, что их применение действительно улучшает фиксацию и уменьшает психические расстройства. Это подтверждается объективными исследованиями, а именно, изучением качества ночного сна, уровня дневного стресса и динамики коэффициента восстановления. Поэтому использование кремов (гелей) для фиксации зубных протезов является важным элементом индивидуальных гигиенических стоматологических лечебно-профилактических мероприятий. В тоже время не проводились клинико-социологические исследования об их потреблении пациентами разных возрастных групп, а также влиянии этих средств на слизистую оболочку протезного ложа (1,2).

Цель работы

Оценка функционального состояния полости рта в адаптационный период при пользовании съемными зубными протезами.

Материал и методы исследования

Проведена оценка функционального состояния полости рта на 14-16 сутки адаптационного периода при пользовании частичными и (или) полными съемными зубными протезами у 14 (5 мужчин и 9 женщин) человек, которые с первого дня ношения протезов стали использовать крем для фиксации зубных протезов КОРЕГА (основная группа исследования), а также у 15 (6 мужчин и 9 женщин) человек, которые не пользовались в период адаптации к протезам средствами для улучшения их фиксации (контрольная группа). Возраст пациентов составил от 61 до 72 лет.

Для изучения использовали общепринятые методики оценки функционального состояния полости рта путем подсчета в смывах и соскобах из полости рта клеточных элементов. Окраска материала производилась по Романовскому-Гимзе.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica forWindows, v.6.0». Для суждения о достоверности различий встречаемости частоты явлений использовали критерий $\chi 2$ Пирсона, а также точный критерий Фишера для малых выборок. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование показало, что спустя две недели от начала ношения пациентами съемных зубных протезов по данным цитологического исследования число клеточных элементов у лиц основной группы, пользующихся кремом для фиксации протезов КОРЕГА, было достоверно меньше ($p \leq 0,05$), чем у не применявших его (рис. 1). Также отмечено, что у лиц основной группы, как клинически, так и по данным цитологического исследования, реже встречались воспалительные изменения слизистой оболочки протезного ложа, а также различные микроорганизмы, свидетельствующие о наличии протезного стоматита (рис. 2).

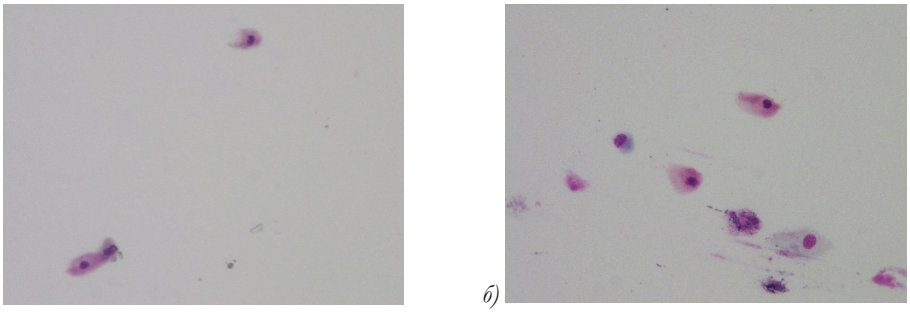


Рис. 1. Клеточные элементы в смыве полости рта у пациентов основной (а) и контрольной (б) групп. Окраска по Романовскому-Гимзе, х 200, (объяснение в тексте)

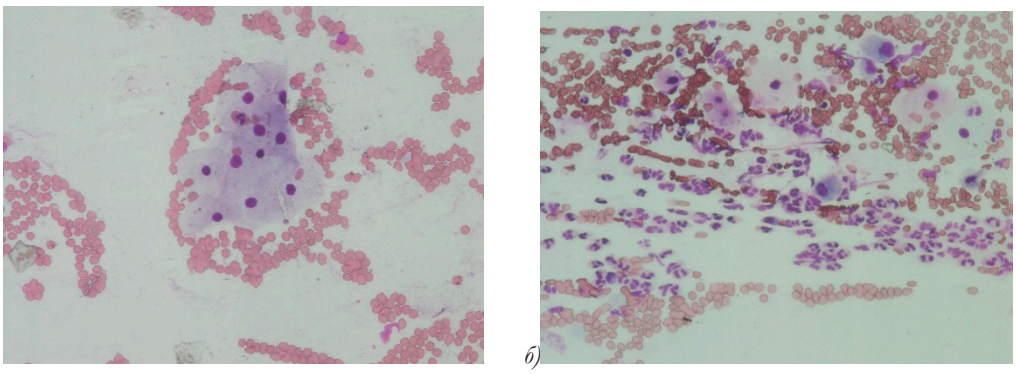


Рис. 2. Цитологическое исследование соскоба со слизистой оболочки твердого неба у пациентов основной (а) и контрольной (б) групп. Окраска по Романовскому-Гимзе, х 200, (объяснение в тексте)

Заключение

Проведенное клинико-цитологическое исследование показало, что не зависимо от пола и возрастной группы пациенты, пользующиеся частичными и полными съемными зубными протезами с кремом для улучшения их фиксации КОРЕГА, имели меньшую бактериальную обсемененность протезного ложа, а также воспалительные его изменения. Таким образом, для улучшения фиксации и стабилизации съемных зубных протезов, а также профилактики и устранения воспалительных процессов слизистой оболочки протезного ложа, пациентам, пользующимся частичными и полными съемными акриловыми зубными протезами, целесообразно рекомендовать для ежедневного использования крем для фиксации зубных протезов.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М: МЕДПресс-информ, 2017. – 248 с.
2. Иорданишвили, А.К. Геронтостоматология: руководство для врачей. – СПб.: Человек, 2019. – 340 с.
3. Баринов, Е.Х., Ромодановский, П.О. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии. – М.: «ЮрИнфоЗдрав». 2012. – 204 с.

© Иорданишвили А.К., Перемышленко А.С., Мушегян П.А., Баринов Е.Х., 2021

УДК 616.314

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Шустова О.А.,
к.м.н., заслуженный врач РФ
БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»

К кому может обратиться за помощью родитель, если у него не получается откорректировать эмоциональное состояние ребенка, а к врачу идти необходимо? Служба психологической помощи в детской стоматологической поликлинике города Нижневартовска работает более 20 лет.

Ключевые слова: психологическая помощь, стоматология, детский врач-стоматолог

Если провести некоторое время в холле детской стоматологической поликлиники, можно наблюдать разные картины поведения ребенка и взаимоотношения ребенка и родителя. Если ребенок негативно настроен на лечение, не хочет заходить в кабинет и садиться в кресло, не подпускает к себе доктора, не хочет открывать рот, плачет или кричит, не позволяет сделать анестезию – то, конечно, цель не достигнута. Родители обычно испытывают негативные чувства по этому поводу, иногда даже злость.

Но после несостоявшегося лечения нужно обязательно провести анализ, что думает и чувствует сейчас ребенок. Возможно, малыш чувствует облегчение, что опасность миновала. Ребенок также может чувствовать себя виноватым в том, что произошло. В ответ на агрессию мамы или папы, ребенок тоже может начать злиться. Если лечение не удается, а такое вполне может быть — лучше не доводить ребенка до истерики и не ругать его после визита. К кому может обратиться за помощью родитель, если у него не получается откорректировать эмоциональное состояние ребенка, а к врачу идти необходимо? Конечно, у врачей накоплен огромный опыт общения с детьми, но у них иная задача и через определенное время врачу уже необходимо принимать следующего пациента. В этом случае наличие психолога может сильно облегчить ситуацию.

Служба психологической помощи в БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника» работает более 20 лет.

Это был один из первых опытов в России и первый в округе. За весь период работы службы психологом применялись разные формы, методики работы с пациентами, родителями, сотрудниками. К нам приезжали за изучением опыта из нашего и других регионов России. Делиться нашим опытом мы ездили на российские и международные форумы. Предназначение психолога в детской стоматологической службе мы видим в оказании своевременной квалифицированной психологической помощи детям и родителям, в подготовке ребенка к приему у стоматолога.

На данный момент разработан новый алгоритм проведения занятий. В этот комплекс занятий введен гигиенист стоматологический и врач-стоматолог детский. Организуются мастер-классы и ролевые игры в стоматологическом кабинете. Вот один из примеров: под присмотром врача-стоматолога и медицинского психолога детям предоставляют лечебное кресло, стоматологические инструменты. Дети играют роль доктора, медицинской сестры и пациента. Каждый ответственно, добросовестно и с полной уверенностью выполняет свои обязанности. А пациент чувствует себя самым счастливым, ведь зубки ему лечат, все-таки, импровизированно. Столько в глазах детей радости и восторга! После этой игры ни один ребенок не отказался полечить зубки у настоящего доктора. Проведение таких ролевых игр в лечебном кабинете плодотворно сказывается на положительном настрое ребенка на прием и успешных результатах лечения.

Работа психолога строится не только с ребенком в статусе пациента, а со всей семьей (родителями и другими детьми). Ведь все страхи, в том числе и страх к стоматологическому лечению, формируются в семье. И задача психолога и всей команды специалистов искоренить это чувство страха, изменить мотивацию посещения стоматолога с отрицательной на положительную. Иногда бывает достаточно одной

подготовительной беседы, иногда их необходимо некоторое количество. Все зависит от запроса и достижения желаемого результата. И как правило, более чем в 90% случаев это удается сделать.

На официальном сайте учреждения открыта страничка психолога, где размещаются памятки для родителей, статьи, рекомендации. Работа психолога объединяет большой спектр видов деятельности: это занятия с пациентами и их родителями, беседы и презентации для медицинского персонала учреждения, участие в различных мероприятиях, организованных в учреждении, большая просветительная работа. Планируется организация встреч психолога с родителями и детьми общественных организаций города, участие в беседах с молодыми мамами, беременными женщинами, организованными специалистами перинатального Центра, женских консультаций. Перспективы развития службы психолога мы видим в развитии ее многогранности.

© Шустова О.А., 2021

УДК 616.517

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НЕТАКИМАБ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

Бабушкин А.М.,
главный врач
БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер»
Чернова К.А.,
врач-дерматовенеролог
БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер»

Псориаз – распространенный хронический дерматоз, популяционная частота которого по Ханты-Мансийскому автономному округу составляет 361,1 на 100 тыс населения за 2020 год. Болезнь значительно ухудшает качество жизни, снижает работоспособность и социальную активность пациентов, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит

Введение

Принципиальная смена представлений о псориазе: от заболевания, поражающего преимущественно кожу, к хроническому системному иммуновоспалительному заболеванию – прочно закрепила позиции системных иммуносупрессоров в лечении среднетяжелого и тяжелого псориаза. Четкое понимание зве-

ньев патогенеза псориаза, ключевых клеток – участников иммуновоспалительного процесса и медиаторов воспаления – позволило сфокусировать усилия на разработке новых высокоэффективных биологических препаратов, избирательно блокирующих конкретный медиатор воспаления, не оказывая при этом общего супрессивного эффекта на иммунную систему пациента. В частности интерлейкин 17 (IL17), синтезируемый Т-клетками 17-го типа, нейтрофилами, тучными клетками и врожденными лимфоидными клетками (innate lymphoid cells), в настоящий момент рассматривается как одна из наиболее перспективных мишеней для патогенетического воздействия в терапии целого ряда иммуновоспалительных заболеваний: псориаз, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит. Ключевые патогенетические эффекты IL17 в развитии псориаза включают активацию и поддержание воспалительного ответа в кератиноцитах, гиперэкспрессию провоспалительных агентов, ускорение пролиферации клеток эпидермиса, активации дендритных клеток, увеличение численности субпопуляции Т17-клеток в коже и лимфоузлах, а также привлечение нейтрофилов и макрофагов в псориатическую бляшку.

С 2012 года биологическая терапия внедрена БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер» для лечения пациентов с псориазом и псориатическим артритом. Начиная с осени 2020 г. проводится биологичекая терапия препаратом нетакимаб. Было отобрано 4 больных разных возрастов с тяжелыми формами псориаза, ранее получавших лечение различными методами, эффективность которых была недостаточна и/или кратковременна. Лечение нетакимабом было проведено пациентам (2 мужчины и 2 женщины) в возрасте от 31 до 61 лет с распространенным папулезно-бляшечным псориазом. У всех больных отмечалось отягощение наследственности по псориазу у близких родственников, ранний дебют заболевания в подростковом и молодом возрасте. Длительность псориаза у всех пациентов составила более 10 лет, отмечались частые обострения в осенне-зимний период.

Нетакимаб – первый отечественный оригинальный ингибитор ИЛ-17. В терапевтических концетрациях связывает интерлейкин-17 А. За основу молекулы были взяты иммуноглобулины ламы, которые в процессе гуманизации заменили на человеческие цепи аминокислот, сохранив при этом всего несколько чужеродных участков в CDR-регионах, которые отвечают за прочность связи с антигеном. Таким образом, была снижена потенциальная иммуногенность нетакимаба с сохранением высокой аффинности. Нетакимаб является перспективным современным средством для лечения псориаза, обладает эффективностью, превосходящей или сопоставимой с другими биологическими препаратами и характерным для класса ингибиторов ИЛ-17А профилем безопасности. Следует отметить, что результаты всех исследований показали очень высокую скорость регресса кожных проявлений, что является несомненным преимуществом препарата. Важно отметить, что препарат прошел полный спектр доклинических и клинических исследований в соответствии с российскими и международными правилами по разработке лекарственных препаратов данного класса.

Клинический случай №1

Пациент С. 61 год, диагноз: «Псориаз обыкновенный, распространенная форма, прогрессивная стадия». Считает себя больной с 10 лет, когда на коже разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов появились первые высыпания. Пациент неоднократно получала стационарное лечение наружными глюкокортикостероидами (ГКС) совместно с физиотерапией с временным эффектом. С 2018 года ухудшение кожного патологического процесса. В связи с давностью, тяжестью и торпидностью течения заболевания, отсутствием эффективности ранее проводимых методов системного и физиотерапевтического лечения пациенту рекомендована генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ). С сентября 2020 г. начато лечение нетакимабом. Степень тяжести псориаза с использованием основных оценочных критериев индекс PASI – 48 баллов.

Рис. 1. Пациентка С., 61 год до начала лечения

Препарат нетакимаб назначен в дозе 120 мг (2 автоинжектора по 60 мг) с индукционным курсом на 0, 1, 2-й нед., затем в качестве поддерживающей терапии каждые 4 нед.

На рис. 2 представлен результат лечения спустя 1 месяц после индукционного курса.

Рис. 2. Пациентка С., 61 год спустя 1 месяц после индукционного курса

Пациентка С, 61 год. Через 2 месяца после индукционного курса (рис.3)

Рис. 3. Пациентка С., 61 год через 2 месяца после индукционного курса

Клинический случай №2

Больной К, 31 год, диагноз: «Псориаз обыкновенный, распространенная форма, прогрессивная стадия». Болеет псориазом с 19 лет. Первые высыпания появились на коже нижних конечностей. Пациент неоднократно получал стационарное лечение наружными глюкокортикостероидами (ГКС) совместно с физиотерапией с временным эффектом. С марта месяца 2021 года получает терапию препаратом нетакимаб. До начала инъекции степень тяжести псориаза с использованием основных оценочных критериев индекс PASI составил 48 баллов.

Рис. 4. Пациент К., 31 год до начала лечения

После проведения инициирующего курса (на 8-й неделе терапии) был отмечен полный регресс высыпаний (рис. 5). В настоящее время (после 3 инъекции) полная ремиссия сохраняется.

Рис. 5. Пациент К., 31 год через месяц после индукционного курса

Выводы

Первый отечественный оригинальный ингибитор IL-17 нетакимаб представляет собой перспективное современное средство для лечения среднетяжелого и тяжелого бляшечного псориаза. Результаты нашего клинического наблюдения показали высокую эффективность, хорошую переносимость и безопасность применения нетакимаба у пациентов разных возрастов.

Литература

1. Кубанов, А. А., Бакулев, А. Л. Нетакимаб – новый ингибитор ИЛ-17а: результаты 12 недель клинического исследования III фазы BCD-085-7/PLANETA у пациентов со среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. – 2019. – 95(2). – С. 15–28.

© Бабушкин А.М., Чернова К.А., 2021

УДК 616.33

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОЗА ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Галица В.В.,
врач-детский хирург, заместитель руководителя по хирургии
БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»
Лёвочкин С.П.,
врач-детский хирург, заведующий отделением операционный блок, Заслуженный врач РФ
БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»
Назарова И.М.,
врач-детский хирург, заведующая детским хирургическим отделением, к.м.н.
БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»
Айкин В.С.,
врач-детский хирург детского хирургического отделения
БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»
Мунасипов Р.Н.,
врач-детский хирург детского хирургического отделения
БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

Некроз стенки желудка у новорожденного – заболевание, достаточно известное неонатологам и детским хирургам. В условиях, когда оперировать новорожденных приходится общим хирургам или детским хирургам, не имеющим достаточного опыта, может помочь рассмотрение представленного клинического случая.

Ключевые слова: некроз стенки желудка, новорожденный, интраоперационная внутрипросветная эндоскопия, врожденный порок развития, иссечение мембраны пилорического отдела желудка

Некроз стенки желудка у новорожденного – заболевание, достаточно известное неонатологам и детским хирургам. Причиной этого состояния в настоящее время считается несколько факторов. Наиболее часто некроз стенки желудка возникает при течении некротического энтероколита новорожденного, при длительной тяжелой гипоксии в родах, при механической баротравме [2, 4]. Некроз стенки желудка проявляется резким вздутием живота и развитием пневмоперитонеума. Это состояние требует неотложного оперативного вмешательства. Технические детали операции достаточно описаны в медицинской литературе и заключаются в иссечении нежизнеспособных тканей и ушивании раны желудка [2, 3, 4, 5, 6]. Практически всегда поражается передняя стенка тела желудка. В условиях нашего округа иногда оперировать новорожденных приходится общим хирургам или детским хирургам, имеющим недостаточный опыт. Этой категории врачей мы хотим представить следующий клинический случай.

Клиническое наблюдение

Ребенок 6 дней жизни переведен из медицинского учреждения второго уровня с диагнозом: Некроз, перфорация большой кривизны и дна желудка. Разлитой перитонит. Операция 10.09.2021г.: поперечная лапаротомия, атипичная резекция желудка, ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости. По предоставленной выписке из медицинской карты известно, что ребенок родился от 8 беременности, 4 срочных оперативных родов в сроке 33,6 недель. Вес при рождении 2770 гр., рост 50 см., оценка по шкале Апгар 8\8\7 баллов. Через 2 часа после рождения у мальчика выявлены признаки нарастающей дыхательной недостаточности. Ребенку была произведена интубация трахеи, начата искусственная вентиляция легких. Через 18 часов ребенок переведен на самостоятельное дыхание. Через 32 часа после рождения отмечено резкое ухудшение состояния, появилось напряжение и вздутие живота, снижение диуреза. Ребенок вновь переведен на ИВЛ. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявлено наличие свободного воздуха в брюшной полости. Ребенку выполнено экстренное оперативное вмешательство в объеме верхней поперечной правостороней лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, вывлен некроз и разрыв желудка по большой кривизне. Произведено иссечение некротических стенок и ушивание образовавшегося дефекта желудка, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилось дыхательная поддержка, инфузионная и антибактериальная терапия, обезболивание. Ввиду большого количества желудочного содержимого по назогастральному зонду на 5 сутки выполнено рентгенконтрастное исследование желудка и выявлены признаки непроходимости на уровне пилорического отдела желудка. Для дальнейшего дообследования, уточнения диагноза и лечения ребенок переведен в отделение анестезиологии и реанимации БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница». После предоперационной подготовки ребенку выполнена релапаротомия. При ревизии желудка подтверждена состоятельность швов на его стенке. Затем выполнена интраоперационная фиброгастроскопия, что помогло определить уровень атрезии желудка на уровне пилорического отдела желудка. На основании проведенного исследования выполнена продольная пилоротомия, иссечение мембраны пилорического отдела желудка, произведено ушивание слизистой желудка и пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. Течение послеоперационного периода без осложнений. Энтеральное питание начато на 8-е послеоперационные сутки и разовый объем кормлений постепенно доведен до долженствующего. При проведении контрастной рентгеноскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта через 14 дней после операции нарушения эвакуации из желудка не отмечено.

Обсуждение

Врожденный порок развития – атрезия желудка встречается крайне редко. По литературным данным, этот порок выявляется с частотой от 0,3 на 10 000 до 1:100 000 живорожденных и не превышает 1% от всех атрезий желудочно-кишечного тракта. [5, 6]. По атомическим соотношениям выделяют 3 типа порока. При I типе имеется мембрана из слизистой оболочки, при II типе привратник имеет вид плотного тяжа и при III типе имеется диастаз между желудком и двенадцатиперстной кишкой [6].

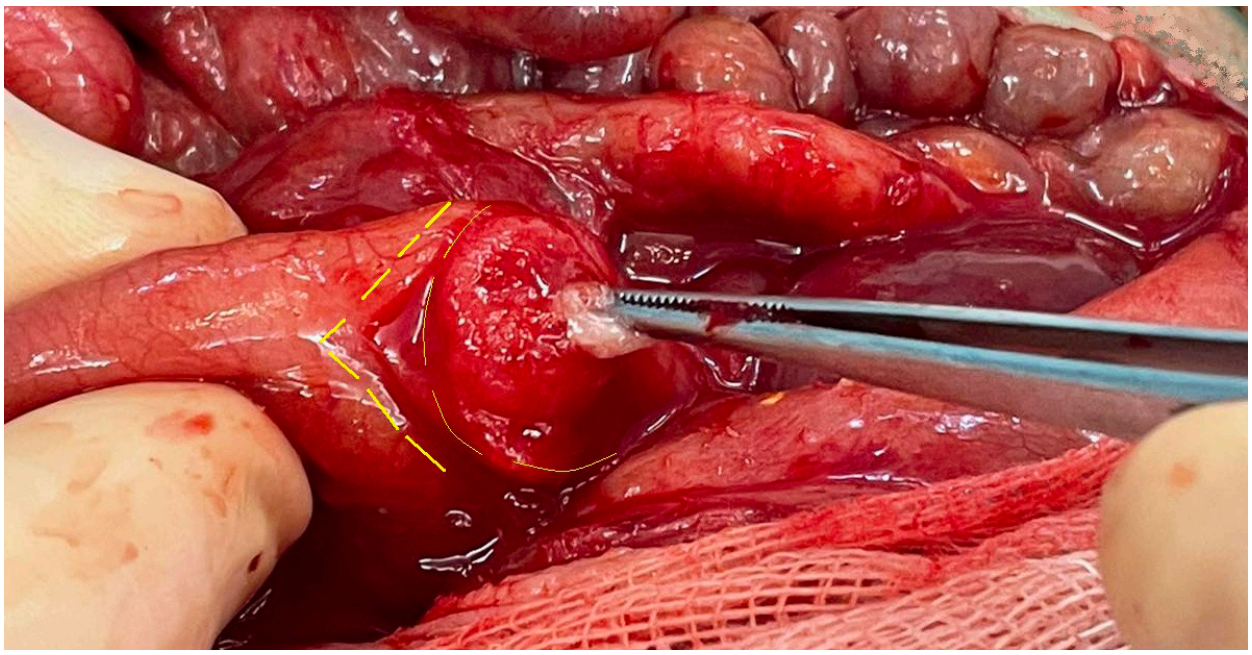


Фото во время операции: гастротомический разрез и эвагинированная стенка мембраны пилорического отдела желудка

По локализации выделяют пилорическую и антральную (препилорическую) атрезии. [5]. Порок проявляется клинической картиной высокой кишечной непроходимости. В литературе имеются указания на развитие осложнений в виде разрыва стенки желудка у недоношенных детей с обструктивной врожденной патологией верхних отделов ЖКТ [2]. По данным С.А. Караваевой, они составляют около 25 процентов от всех разрывов желудка у новорожденных [4].

Заключение

1. При операциях по поводу разрыва или некроза стенки желудка у новорожденного обязательно проведение исследования для исключения непроходимости в дистальных отделах кишечника.

2. Данное исследование выполняется путем проведения мягкого катетера в дистальные отделы кишечника с последующим введением в него физиологического раствора. Раствор должен заполнить кишечник до слепой кишки. После успешного окончания исследования необходимо аспирировать раствор из кишечника. Об объеме оставшейся жидкости в просвете кишечника необходимо информировать анестезиолога. При малой массе новорожденного ребенка, количество жидкости в просвете кишечника может отразится на его водно-электролитном балансе.

3. При операциях по поводу атрезии желудка или двенадцатиперстной кишки показано (рекомендовано) проведение интраоперационной внутрипросветной эндоскопии. Эта процедура позволяет максимально точно локализовать уровень препятствия и выбрать оптимальное место для вскрытия просвета кишечника.

Литература

1. Национальное руководство «Детская хирургия» / под ред. Ю.С. Исакова, А.Ф. Дронова – М., ГЭОТАР-Медиа 2009 г. стр. 322.
2. Национальное руководство «Хирургические болезни недоношенных детей» / под ред. Ю.А. Козлова, В.А. Новожилова, А.Ю. Разумовского – М., ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 309-324.
3. Неонатальная хирургия / Под ред. Ю.Ф. Исакова, Н.Н. Володина, А.В. Гераськина – М.: Издательство «Династия», 2011. – С. 466-470.
4. Караваева, С.А., Подкаменев, А.В., Скопец, А.А. Некроз и перфорация желудка у новорожденных и детей раннего возраста. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2020. – № 2. – С. 36.
5. George, W. Holcomb III, MD MBA, J. Patrich Murphy, MD, Daniel J. Ostlie, MD and Shawn D. St. Peter, MD «Ashcraft,s pediatric surgery», 6th. Edition, 2014, chapter 26, page 407.
6. «Pediatric surgery» editor in chief Arnold G. Coran MD, 6th. Edition, 2012, vol.1, chapter 79, page 1035.

© Галица В.В., Лёвочкин С.П., Назарова И.М., Айкин В.С., Мунасипов Р.Н., 2021

УДК 616.31

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Иорданишвили А.К.,
д.м.н., профессор
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Идрис А.Я.,
аспирант,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург
Баринов Е.Х.,
д.м.н., заслуженный врач РФ, профессор
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В статье приводятся результаты клинического исследования целью которого было изучить используемые молодыми людьми предметы и средства для индивидуальной гигиены полости рта, а также оценить их знания и навыки по уходу за полостью рта. Важность исследования подтверждается возможностью профилактики развития осложнений и исков на ненадлежащую стоматологическую помощь.

Ключевые слова: полость рта, гигиена, уход, стоматологическое здоровье

Введение

Ведущим мероприятием в сохранении стоматологического здоровья является гигиена полости рта. Профессиональной гигиеной полости рта не только обеспечивается удаление мягких и минерализованных отложений со всех поверхностей зубов, а также проводится контроль за качеством индивидуальной гигиены, диагностика ранних стадий кариеса зубов (очаговая деминерализация) и заболеваний пародонта (гингивит, локализованный или генерализованный пародонтит, опухоли и др.). Под индивидуальной гигиеной полости рта понимают тщательное и регулярное удаление каждым человеком отложений с поверхности зубов и дёсен с помощью предназначенных для этого специальных предметов и средств, которое он должен осуществлять не реже 2 раз в сутки. Качество индивидуальной гигиены полости рта определяется не только регулярностью и правильностью её осуществления, но используемым ассортиментом предметов и средств ухода за полостью рта, а также их состоянием.

Цель исследования

Изучить используемые молодыми людьми предметы и средства для индивидуальной гигиены полости рта, а также оценить их знания и навыки по уходу за полостью рта.

Материал и методы

Путём обследования были изучены предметы и средства, используемые для индивидуальной гигиены полости рта 147 мужчинами-студентами медицинского вуза в возрасте от 20 до 26 лет, обучающимися на стоматологическом факультете. Обследование предметов гигиены полости рта проводили по общепринятой методике, обращая основное внимание на степень износа щетины зубных щеток: незначительный (до 25%) – нельзя быть уверенным, что зубной щёткой пользовались или нет; низкий (25-49%) – у пучков зубной щетины имеются отдельные щетинки, расположенные в стороны; средняя степень износа (50-75%) – все пучки зубной щетины разбросаны друг от друга, многие щетинки завиты и/или выглядят матовыми); высокий уровень износа (76- 100%) – большинство пучков зубной щетины перекрываются друг другом, спутываются при наличии большого количества завитых и согнутых щетинок зубной щётки.

После обследования зубных щёток провели анкетирование и опрос студентов на предмет использования ими основных и дополнительных предметов и средств ухода за полостью рта, знания правил и оценки мануальных навыков чистки зубов. Исследование знаний и навыков проводили путём опроса студентов и

определения на фантоме уровня их мануальных навыков по уходу за полостью рта. Для оценки исследуемых показателей использованы общепринятые шкалы. Знания студентов оценивали по шестибалльной шкале: 0 – отсутствуют представления о методах и средствах по уходу за полостью рта; 1 – имеет только представление о методах и средствах по уходу за полостью рта; 2 – имеет поверхностные знания о методах и средствах по уходу за полостью рта; 3 – имеет знания о методах и средствах по уходу за полостью рта не в полном объеме; 4 – имеет достаточные знания о методах и средствах по уходу за полостью рта; 5 – имеет глубокие знания о методах и средствах по уходу за полостью рта.

При оценке умений, которую осуществляли на фантоме зубных рядов с применением мануальной зубной щётки, использовали следующую шкалу: А – использует средства по уходу за полостью рта правильно; Б – использует средства по уходу за полостью рта с некоторыми неточностями или погрешностями; В – применяет средства по уходу за полостью рта неправильно; Д – не имеет представления об использовании средств для индивидуального ухода за полостью рта.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0». Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Обсуждение результатов

В ходе проведённого клинического исследования было установлено, что все опрошенные студенты для индивидуального ухода за полостью рта использовали зубные щетки и зубные пасты. При этом 144 (97,96%) чел. применяли мануальные зубные щётки, 3 (2,04%) – электрические зубные щетки. Обследование зубных щёток показало, что в удовлетворительном состоянии они находились лишь у 95 (64,63%) студентов. Из них у 38 (25,85%) – зубные щетки были с незначительной, а у 57 (38,78%) курсантов – с низкой степенью изношенности. У 52 (35,37%) курсантов зубные щётки нуждались в замене, так как у 27 чел. из них отмечена средняя, а у 25 чел. – высокая степень изношенности зубной щётки. Дополнительные предметы и средства для ухода за полостью рта использовали 39 (26,53%) студентов: регулярно 12 чел., от случая к случаю – 27 человек. Среди дополнительных предметов и средств ухода за полостью рта использовались: зубные нити (флоссы) – в 35,9% (14 человек) случаев, скребок для языка – в 2,56% (2 человека), ополаскиватели для рта – в 43,59% случаев (17 человек). Некоторые студенты (8 (17,95%) человек) сочетали указанные предметы и средства при индивидуальном уходе за зубами и полостью рта. Также путём анкетирования установили, что дополнительные предметы и средства индивидуального ухода за полостью рта применяли лишь те студенты, у которых после еды отмечалась задержка пищи между зубами (использовали флоссы), а также при наличии налёта на языке (использовали скребок для языка) или гиперестезии твёрдых тканей зубов: по МКБ-10 «чувствительный дентин» – код заболевания К03.80 (применяли ополаскиватели).

В ходе анкетирования и опроса студентов также установлено, что индивидуальную гигиену полости рта осуществляли регулярно 118 (80,27%) человек, которая проводилась ими не менее 2 раз в сутки. Хорошие знания о методах, предметах и средствах ухода за полостью рта имели 47 (31,97%) чел. Так, достаточные знания о методах и средствах по уходу за полостью рта отмечены у 38 (25,85%) студентов; глубокие знания о методах и средствах по уходу за полостью рта – у 9 (6,12%) студентов. Следует подчеркнуть, что 11 (7,48%) человек имели только представление о методах и средствах по уходу за полостью рта, а у 36 (24,49%) человек знания о методах, предметах и средствах по уходу за полостью рта были весьма поверхностным. Из 147 человек только 57 (38,78%) использовали предметы и средства по уходу за полостью рта правильно; 55 (37,41%) – применяли их с некоторыми неточностями или погрешностями. 35 (23,81%) студентов применяли предметы и средства по уходу за полостью рта неправильно. Таким образом, результаты проведённого клинического исследования свидетельствуют о необходимости проведения со студентами специальных занятий по правилам ухода за полостью рта в рамках проводимой диспансеризации и санации полости рта.

Выводы

Основные предметы и средства индивидуального ухода за полостью рта (зубная щётка, зубная паста) постоянно используются студентами вуза. Однако, у 64,6% студентов зубные щётки, как основной предмет ухода за полостью рта, находятся в неудовлетворительном состоянии и нуждаются в замене. Хорошие знания о методах, предметах и средствах ухода за полостью рта имеют 31,97% студентов, а 76,19% используют предметы и средства по уходу за полостью рта с некоторыми неточностями и погрешностями. При этом, 23,81% студентов применяют предметы и средства по уходу за полостью рта неправильно, а 24,49% из них имеют поверхностные знания о методах, предметах и средствах по уходу за полостью рта.

Литература

1. Баринов, Е.Х., Ромодановский, П.О. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии. – М.: «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 204 с.
2. Баринов, Е.Х., Добровольская, Н.Е., Ромодановский, П.О. Правовые конфликты в стоматологии и их решение // Зубоврачевание в России: медицина и общество: материалы чтений, посвящ. 90-летию со дня рождения Г.Н. Троянского. – М.: МГСМУ, 2014. – С.16-19.
3. Баринов, Е.Х., Ромодановский, П.О. Оценка профессиональных ошибок медицинских работников // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2010. – № 4. – С.100-105.
4. Баринов, Е.Х., Ромодановский, П.О. Выявление дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2010. – № 6. – С.52-59.
5. Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Ромодановский П.О., Черкалина, Е Н. Судебно-медицинская и медико-правовая оценка неблагоприятных исходов в стоматологической практике / под ред. О. О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 374 с.

© Иорданишвили А.К., Идрис А.Я., Баринов Е.Х., 2021

УДК 616.33-006

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (EMR) С ДИССЕКЦИЕЙ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD) У ПАЦИЕНТА С НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЖЕЛУДКА

Хорошилова Т.А.,
врач-эндоскопист БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск
Шумилов В.Г.,
заведующий отделением эндоскопии
БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта выявляются в 1-3 случаях на 100 000 населения в год. Большинство исследователей отмечают рост заболеваемости, с ее ежегодным приростом на 3%. Хирургическое лечение является основным методом лечения НЭО ЖКТ.

Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли (НЭО), эндоскопические вмешательства, пятилетняя выживаемость больных с ранним раком

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта (и поджелудочной железы) выявляются в 1-3 случаях на 100 000 населения в год. Большинство исследователей отмечают рост заболеваемости за последние 30 лет, с ее ежегодным приростом на 3%.

Нейроэндокринные опухоли классифицируются по локализации (чаще всего – в желудке, поджелудочной железе, тонкой кишке, червеобразном отростке, прямой кишке); степени дифференцировки (высокая, низкая); функциональности (функционирующие опухоли синтезируют пептиды, обусловливающие клинические проявления НЭО/карциноидного синдрома/, в то время как нефункционирующие опухоли пептидов не синтезируют); биологическим особенностям (что характеризуется митотическим индексом, а также индек-

сом пролиферации Ki-67) и злокачественному потенциалу, связанному с размером опухоли и особенностями инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды.

Хирургическое лечение является основным методом лечения НЭО ЖКТ. Для пациентов со всеми разновидностями данных новообразований общая пятилетняя выживаемость при оперативном лечении равна 60%. Однако тактика и объем хирургического лечения зависит от локализации НЭО и от распространенности опухолевого процесса.

Так как пятилетняя выживаемость больных с ранним раком желудка после хирургических резекций достигла 93-98% в последнее время, возникает все больший интерес в деле сохранения целостности желудка и его функции с поддержанием высокого качества жизни пациентов путем внедрения малоинвазивных методов лечения. Ранние формы рака желудка, ограниченные пределами слизистого или поверхностных уровней подслизистого слоев стенки органа, имеющие небольшой размер (до 2,0 см. в диаметре) с высокой степенью дифференцировки имеют минимальный риск развития лимфогенных метастазов и открывают широкие возможности для применения малоинвазивных процедур, таких как эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR) и эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD), как радикальных методов их лечения.

Большинство авторов считает необходимым типоспецифический подход к лечению НЭО желудка. Выделяют три типа нейроэндокринных опухолей данной локализации. Для нейроэндокринных опухолей 1 типа показана связь с атрофическим гастритом, эти новообразования считаются доброкачественными, для них характерен низкий риск развития метастазов. НЭО 2 типа ассоциированы с синдромом Золингера-Эллисона, эти опухоли могут давать отдаленные метастазы. Однако метастазирование наиболее характерно для 3 типа НЭО, локализованных в желудке, которые являются спорадическими. При 1 и 2 типе опухолей предпочтительной стратегией лечения считается эндоскопическая резекция желудка в сочетании с использованием аналогов соматостатина, в то время как при 3 типе НЭО оправдано применение агессивных хирургических подходов.

В феврале 2021 года в ОКБ г. Ханты-Мансийск проходила лечение в кардиологическом отделении пациентка 60 лет в плановом порядке по поводу резистентной артериальной гипертонии на фоне 5 компонетной терапии. При дообследовании по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) дано заключение: Недостаточность кардии. Атрофический гастрит. Гипепластический полип угла желудка. Карциноид? в/трети тела желудка (5мм в Д). Очаговая метаплазия антрального отдела желудка. Дуоденогастральный рефлюкс. Застойная дуоденопатия.

При ЭГДС была выполнена биопсия. По данным гистологиеского исследования: в препарате фрагменты слизистой оболочки желудка с опухолевым ростом в виде криброзных, альвеолярных, солидных структур из клеток среднего размера со светлой оксифильной цитоплазмой и округлыми ядрами с крупноглыбчатым хроматином. Ядра с умеренновыраженным полиморфизмом различного размера, в одиночных крупных ядрах определяются одиночные ядрышки. Опухолевые структуры инфильтрируют мышечный слой собственной пластинки слизистой оболочки. Поверхность опухоли частично покрыта покровно-ямочным эпителием, частично эрозирована, покрыта слоем фибрина.

При иммуногистохимическом исследовании опухолевые клетки интенсивно, диффузно экспрессируют в цитоплазме синаптофизин, хромогранин А. Маркер пролиферативной активности Ki 67 определяется в ядрах 3-5% опухолевых клеток и клетках сопровождающего воспалительного инфильтрата.

Заключение: Высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль (NET) слизистой оболочки желудка, G2 с эрозией поверхности.

После чего пациентка прошла дообследование с целью определения возможной распространенности опухолевого процесса. По данным выполненных исследований патологии не выявлено.

На междисциплинарном консилиуме по данным проведенных исследований было решено выполнить эндоскопическую резекцию слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое. Первым этапом выполнено наложение меток по периметру образования с применением эндоскопического ножа с отсту-

плением от краев опухоли по 0,5 см. Следующим этапом сформирована гидравлическая подушка в подслизистом слое под основанием опухоли с применением раствора Гелофузина с метиленовым синим, образование приподнялось. Затем произведен окаймляющий разрез слизистой оболочки вокруг меток. На следующем этапе выполнена поэтапная диссекция в подслизистом слое. На конечном этапе удалено электрокоагуляционной петлей. Сформирован пострезекционный дефект размерами до 15мм в Д, дном которого является мышечный слой стенки желудка, все видимые капилляры в дне пострезекционного дефекта коагулированы. Опухоль была удалена единым блоком.

Заключение гистологического исследования препарата: в материале фрагменты стенки желудка с опухолью, представленной солидными полями и ациноподобными теснорасположенными ШИК и альциан-негативных клеток, с гиперхромными умеренно полиморфными ядрами с неравномерно распределенным хроматином, цитоплазма обильная, оптически пустая. Строма опухоли в части полей зрения фиброзирована (красное окрашивание по ван Гизон). Опухолевые комплексы в виде узла расположены в подслизистом слое, мышечный слой интактен, определяется очаговый периневральный и перивазальный рост опухолевых комплексов. Высота слизистой оболочки над опухолью снижена с очагами изъязвления. Покровно-ямочный эпителий высокий, призматический с очагами бокаловидноклеточной трансформации (альциан-позитивное окрашивание цитоплазмы). При окраске по Гимзе HP обсемененности не выявлено. Хирургический край резекции проходит по мышечному слою со следами электрокоагуляции, опухолевого роста не содержит.

При проведении иммуногистохимического исследования выявлена диффузная яркая экспрессия опухолевыми клетками CKpan, CD56, Synaptophysin, Chromogranin A; индекс пролиферативной активности Ki67 определяется в 1-3% ядрах опухолевых клетках.

Заключение: нейроэндокринная опухоль желудка, тип 2, рост в слизистом и подслизистом слое (размер опухоли 5х4х5мм), с изъязвлением слизистой оболочки. Негативный хирургический край резекции. Код по МКБ: C16.1/ ICD-O code 8242/3

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями. Дальнейшее наблюдение проходит по месту жительства.

Таким образом, эндоскопические вмешательства, как метод лечения ранних форм рака желудка, являются радикальными, малотравматичными, органосохраняющими, высокоэффективными и безопасными, позволяя сократить длительность пребывания пациентов в стационаре.

Литература

1. Поликапова, С.Б., Комов, Д.В., Ожерельев, А.С. Особенности клинического течения нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта // Вестник Московского Онкологического Общества (oncology.ru).
2. Пирогов, С.С., Перфильев, И.Б., Соколов, В.В., Карпова, Е.С., Сухин, Д.Г., Погорелов, Н.Н Современные возможности эндоскопии в диагностике и лечении нейроэндокринных опухолей желудка //МНИОИ им. П.А. Герцена (molneo.com).
3. Зуйков, К.С., Важенин, А.В., Кулаев, К.И., Юсупов, И.М., Попова, И.А., Пушкарев, Е.А., Казанцев, А.С./ ГБУЗ Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины // Сборник материалов конференции 12 Всероссийская научно-практическая конференция, 2021 год.

© Хорошилова Т.А., Шумилов В.Г., 2021

УДК 615.825.1

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КОНТРОЛЬНОГО ЭТАПА ОРИГИНАЛЬНОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ПРАВИЛЬНАЯ ОСАНКА»

Загинайко Т.Г.,
главный врач БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»
Бурматов Н.А.,
к.м.н., врач травматолог-ортопед, физиотерапевт
БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»
Батршин И.Т.,
к.м.н., врач травматолог-ортопед, физиотерапевт
БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»
Сергеев Г.К.,
аспирант кафедры травматологии и ортопедии
ФГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет», г. Тюмень
Кудряшова Н.А.,
заведующая органазационно-методическим отделом
БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»

Согласно данным анализа работы Учреждения среди указанной группы школьников значительную часть составляют пациенты вертебро-неврологического профиля. Целью данного исследования является улучшение результатов лечения заболеваний и повреждений позвоночника на этапах амбулаторно-поликлинического лечения школьников младшего и старшего возраста.

Материалы и методы. В статье рассматривается опыт лечения детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет в период с 2019 по 2021 годы. Изучение уровня реабилитационного потенциала и реабилитационного статуса выполнялось с использованием параметров, имеющих числовые значения. При этом известные методики дополнены данными электрометрии кожи и параметров сагиттального баланса с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей обследованных лиц.

Результаты. Установлено, что применение оригинального способа оценки и прогнозирования уровня реабилитационного потенциала позволяет эффективно планировать и контролировать процесс лечения данных пациентов, что, по мнению авторов, может служить дополнительным объективным критерием оценки эффективности амбулаторного лечения детей и подростков.

Ключевые слова: нарушения осанки, лечебная физкультура, диспансерное наблюдение детей

Список сокращений

РП – реабилитационный потенциал,

ДДЗ – дегенеративно-дистрофические заболевания,

ЭМ – электрометрия,

КОМОТ – метод компьютерной оптической топографии,

ТМТ – теневая муаровая топография.

Введение

Нарушения осанки являются наиболее часто встречающейся патологией среди детского населения. По данным тематической литературы, ежегодный прирост вертебрологической патологии составляет 2,4 % (Е.Ю. Скрябин, 2019 г.), при этом 65% случаев обращения детей и подростков на амбулаторный прием к врачу-ортопеду связаны с проблемами вертеброгенного характера, основой которых являются нарушения осанки различного генеза. К настоящему времени в распоряжении специалистов имеются возможности для полноценной диагностики нарушений статодинамической функции позвоночника, разработаны четкие клинические рекомендации и стандарты по лечению данной нозологии. Основным диагностическим методом в амбулаторной вертебрологии остается стандартная спондилография, обладающая рядом известных преимуществ и недостатков, основным из которых является получение изображения только позвоночного столба и только в двух проекциях. Возможности современного диагностического оборудования позволяют получить более точную, трехмерную картину, наиболее полно отражающую характер, степень и происхождение заболевания. В настоящее время в амбулаторной практике наряду с инвазивными методиками (КТ, МРТ)

широко применяются различные скриннинговые методы графической диагностики состояния осанки. Современная концепция развития восстановительного лечения во многом основана на принципах доказательной медицины, что в свою очередь подразумевает использование объективных, то есть цифровых критериев оценки составляющих лечебного процесса. Настоящая статья представляет собой попытку практического использования ряда цифровых критериев для объективной оценки уровня реабилитационного потенциала у детей с заболеваниями и неосложненными переломами позвоночника.

Актуальность

У значительного числа детского населения по данным БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника» диагностировано наличие вертеброгенной патологии различного характера. В настоящее время число школьников с выявленной патологией позвоночника, по данным Учреждения, составляет 3330 человек (табл.1).

Таблица 1

Гендерно-нозологические характеристики группы детей с вертеброгенной патологией* (n= 3330 человек)

Вид патологиии	Возрастной период	
	Младший школьный возраст (7-12 лет)	**Старший школьный возраст (12-17 лет)**
ДДЗ грудного, поясничного и шейного отделов позвоночника n =1594 (%).	Девочки – 412 чел. (%) Мальчики – 451 чел. (%) ∑=863 чел. (%)	Девочки – 345 чел. (%) Мальчики – 386 чел. (%) ∑=731 чел. (%)
Ювенильный остеохондроз n 273 (%).	Девочки – 37 чел. (%) Мальчики – 25 чел. (%) ∑=62 чел. (%)	Девочки – 108 чел. (%) Мальчики – 103 чел. (%) ∑=211 чел. (%)
Посттравматический остеохондроз 62 чел. n (%).	Девочки – 26 чел. (%) Мальчики – 13 чел. (%) ∑=39 чел. (%)	Девочки – 10 чел Мальчики – 13 чел. ∑=23 чел. (%)
Нарушения осанки, в т.ч. сколиотическая болезнь n 1401 (%).	Девочки – 583 чел Мальчики – 133 чел. ∑=716 чел. (%)	Девочки – 330 чел Мальчики – 355 чел. ∑=685 чел. (%)

** Дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания отнесены в одну группу, в соответствии с МКБ-10*

Количество детей с нарушениями осанки, дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями позвоночника примерно одинаково, при этом пациентов с травмой позвоночника и установленным диагнозом «остеохондроз» меньшинство. Однако, несмотря на этиологическую и нозологическую разницу, действующие стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи данной категории пациентов обладают некоторой общностью методик физиолечения и кинезиотерапии.

Цель

Целью данного исследования является улучшение результатов лечения заболеваний и повреждений позвоночника на этапах амбулаторно-поликлинического лечения школьников младшего и старшего возраста.

Задачами исследования являлись:

1. Оценка результатов контрольного этапа оздоровительной программы «Правильная осанка».

2. Анализ уровня реабилитационного потенциала у детей с вертеброгенной патологией при помощи объективных, числовых показателей.

3. Применение векторной системы оценки уровня реабилитационного потенциала при формировании реабилитационных групп, исходя из возрастных морфофункциональных и нозологических критериев пациентов.

Материалы и методы

Объектом исследования являлась группа учащихся 1-11 классов муниципальных общеобразовательных школ города в возрастном диапазоне от 7 до 17 лет, обоего пола, состоящая на диспансерном учете (n=196 человек). Часть включенных в исследование лиц являлись участниками оздоровительной программы «Правильная осанка», которая проводилась в период летней оздоровительной кампании 2021 года [Югра]. Критериями включения в группы являлись нарушения осанки сколиотического и иного генеза, а также консолидированные переломы грудных и поясничных позвонков с I-II степенью компрессии. Критериями исключения из исследования являлись: противопоказания к физиотерапии, отсутствие возможности передвигаться самостоятельно, проявления кожных заболеваний в области поясничного отдела позвоночника и болевой синдром невертеброгенного характера (психогенный, индуцированный патологией внутренних органов), психические заболевания, затрудняющие контакт с медперсоналом при проведении процедур (отсутствие или спутанное сознание), отсутствие зрения или слуха, речи, грубые врожденные аномалии позвоночника, низкий уровень реабилитационного потенциала. В соответствии с поставленными задачами пациентам проводили комплексное обследование, включающее методы клинического, рентгенологического исследования, компьютерную, магнитно-резонансную томографию. На контрольных этапах обследования использовались оптические методы диагностики – ТОДДП и ТМТ [1,2,3]. Наличие, степень и характер болевого синдрома фиксировались «Методом кожной электрометрии». Оценка реабилитационного статуса и распределение пациентов в зависимости от уровня РП выполнялись по методике оценки реабилитационного потенциала у неврологических больных, которую мы дополнили данными кожной электрометрии по Герасимову [4,5]. Клиническое исследование включало проведение анкетирования с целью определения выраженности тревожных и депрессивных нарушений. Для этой цели применялся «Опросник выраженности психопатической симптоматики» (SCL-90-R). В настоящем исследовании мы использовали версию опросника, модифицированную для изучения состояния эмоционально-волевой сферы у детей и подростков. Предметом оценки являлись цифровые значения показателей шкал «соматизация», «тревожность», «депрессия» [6, 7]. При изучении показателей эмоционально-волевой сферы использовалась версия, модифицированная для изучения лиц школьного возраста. Количественные показатели обработаны статистически с вычислением средней арифметической (M) и ее ошибки (м). Достоверность различий между группами наблюдений оценивалась с использованием программы Biostat 2007 в среде MS Exel 2002 по непараметрическому критерию Стьюдента и точному критерию Фишера с определением показателя статистической достоверности. Достоверными считались различия показателей при уровне значимости $P \leq 0{,}05$. Уровень реабилитационного потенциала пациентов определялся общим состоянием, выраженностью нарушений статодинамической функции конечностей и позвоночника, наличием и степенью вегетативных расстройств, кратности манифестаций заболевания и длительности периодов ремиссии в (случаях хронических заболеваний). При изучении данного критерия планировании и мониторинге процесса лечения, применялась векторная система оценки реабилитационного потенциала. Суть данной системы в том, что при оценке динамики и качества восстановительного лечения применяется числовые критерии (Рис.1).

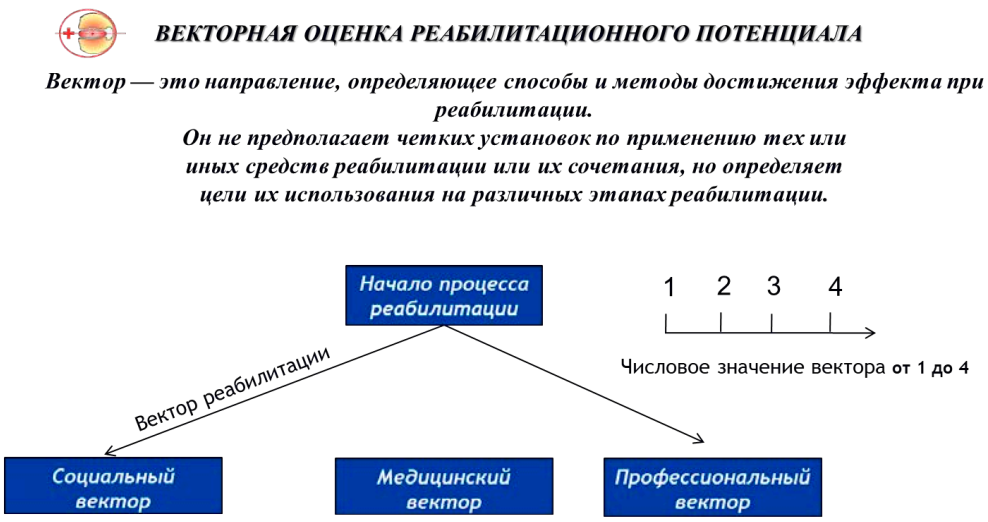


Рис. 1. Векторная система оценки уровня РП

Общий реабилитационный вектор имеет значение в диапазоне от 0 до 12 баллов. Значение данного показателя представляет собой сумму числовых значений трех направлений (векторов) реабилитации: медицинского, социального, профессионального, каждый из которых имеет значение от 0 до 4 [8]. В зависимости от клинико-функциональных характеристик пациента выделяют 3 уровня реабилитационного потенциала: высокий, средний и низкий, что также учитывается при составлении реабилитационного прогноза.

Описание методов лечения

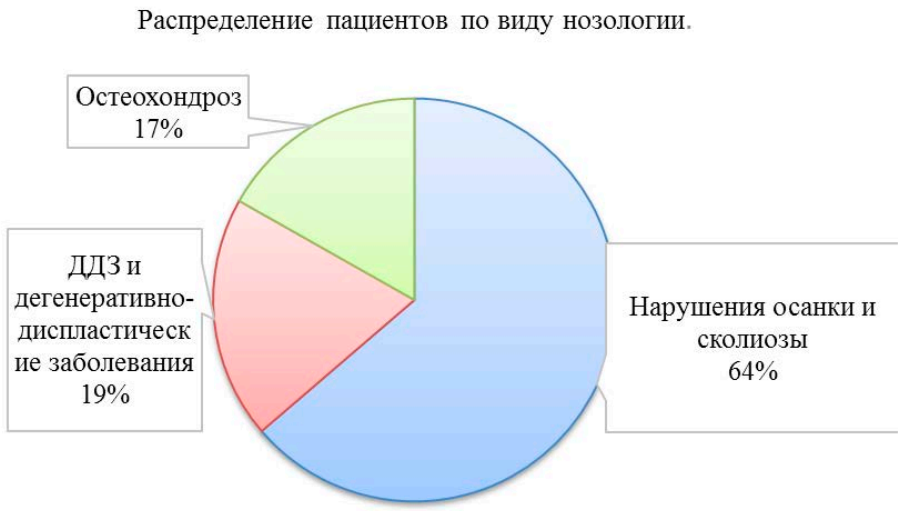
После выполнения обследования в сформированных группах были организованы занятия лечебной физкультурой, согласно методическим рекомендациям, разработанными на кафедре травматологии и ортопедии ФГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» (Н.А Бурматов, 2011). В реабилитационный процесс включены оригинальные комплексы упражнений. Занятия проводились 2 раза в неделю в течение 30-45 минут в младшей возрастной группе, длительность занятия в старших группах составляла 45-60 минут. Количество человек в группе было различным и рассчитывалось исходя из требований САН-ПиН и других обязательных нормативных документов. Контрольным этапом обследования являлся осмотр врача - ортопеда, согласно плану индивидуального диспансерного наблюдения. В качестве метода контроля состояния и динамики деформаций применялись методы теневой и оптической топографии. Инвазивные методики контроля (рентгенография, МРТ) так же назначались пациентам по мере необходимости, индивидуально. По окончании курса лечебной физкультуры каждому ребенку выдавалась памятка для самостоятельных занятий и проводилась беседа с родителями. Наличие, степень, а также характер болевого синдрома фиксировались с помощью «Методики кожной электрометрии». Врачом-ортопедом (и врачом ЛФК) проведен осмотр детей перед началом занятий и по окончании курса. Разработка комплекса упражнений и проведение занятия в зале ЛФК осуществлялись согласно назначению врача. Для подготовки и обучения кадров проведены обучающие семинары для врачей и медицинских работников, в ходе которых были рассмотрены основные теоретические вопросы, связанные с анатомо-физиологическими особенностями детского позвоночника, виды нарушений, деформаций осанки и способы их коррекции. В практической части семинара были проведены показательные занятия с детьми – участниками программы.

Результаты и обсуждение

Перед началом программы сформированы 3 группы общим числом 112 человек. В группу №1 вошли пациенты с дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями (21 человек). Группа №2 была самой многочисленной и состояла из 72 пациентов с нарушениями осанки и сколиотической болезнью. Пациенты с посттравматическим и ювенильным остеохондрозом выделены в группу №3 (диаграмма 1).

Диаграмма 1

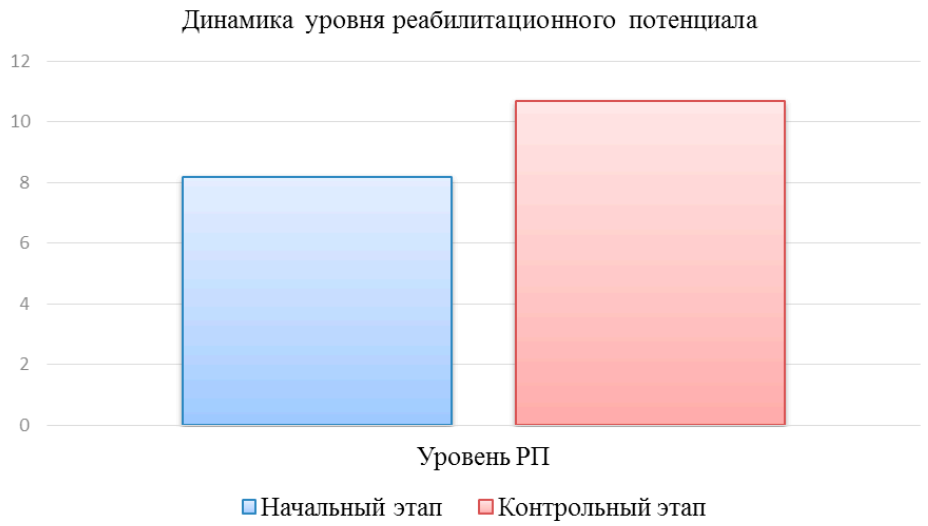
Распределение пациентов по виду нозологии



Данное распределение связано с разницей в методах и принципах построения занятий, особенностями выполняемых упражнений, уровнем и спецификой физических нагрузок. Начальный этап исследования установил, что доминируют дети и подростки с благоприятным реабилитационным прогнозом и высоким показателем уровня РП (диаграмма 2).

Диаграмма 2

Распределение пациентов генеральной совокупности, в зависимости от уровня реабилитационного потенциала



Резюме результатов контрольного этапа исследования

Изучение результатов лечения на контрольном этапе реабилитационно-восстановительного лечения (110+12,4 суток) выявило изменение параметров сагиттального баланса у 48% пациентов. Сравнение показателей состояния эмоционально-волевой сферы выявило положительную динамику по всем шкалам: «тревожность» – у 17%, «депрессия» – у 19,2%, «соматизация» – у 29% пациентов. Повышение значения числового показателя общего вектора реабилитации (8,7+1,3 против 10+1,7) свидетельствует о повышении уровня реабилитационного потенциала. Ликвидация у большинства пациентов явлений хронической нейропатической боли объективно подтверждена результатами кожной электрометрии и данными ВАШ.

Заключение

Сравнительный анализ показателей начального и контрольного этапов исследования дает основания полагать, что единая патогенетическая основа, дегенеративно-дистрофических, диспластических заболеваний и посттравматической болезни - хронический костно-болевой синдром является наиболее значимой причиной низкой эффективности лечения пациентов с патологией позвоночника. Векторная система оценки уровня реабилитационного потенциала в сочетании с использованием нескольких объективных числовых критериев – степени боли, состояния эмоционально-волевой сферы, параметров сагиттального баланса не только позволяет получить адекватное представление о состоянии здоровья, но и может служить инструментом при осуществлении диспансерного наблюдения школьников младшего и старшего возраста.

Авторы благодарят за помощь в проведении исследования и написании статьи академика РАЕН, доктора физико-математических наук, ректора федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Нижневартовский государственный университет» С.И. Горлова, студенток факультета экологии и инжиниринга Е.А. Рыжникову, Е.Д. Татаринову. Особую благодарность коллектив авторов выражает Э.В. Игошину – директору Лицея им. Пушкина (г. Нижневартовск), педагогам и родителям учащихся за помощь и содействие в осуществлении программы «Правильная осанка» в летней оздоровительной кампании 2021 года.

Литература

1. Батршин, И.Т., Сарнадский, В.Н. Исследование формы позвоночника у детей Тюменского Приобья методом компьютерной оптической топографии // Хирургия позвоночника, – Новосибирск. – 2004. – №2. – С.74-78.
2. Бурматов, Н.А. Опыт оздоровления детей младшего школьного возраста с нарушениями осанки в период каникулярного отдыха // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – №4 – С.46-48.
3. Бурцев, А.В., Рябых, С.О., Котельников, А.О., Губин, А.В. Клинические аспекты сагиттального баланса у взрослых // Гений ортопедии. – 2017. – Т. 23. – № 2. – С. 228-235. – DOI 10.18019/1028-4427-2017-23-2-228-235
4. Кузяков, О.Н., Кучерюк, В.И. Методы и средства измерения топологии поверхности, перемещений и деформаций. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2002. – С. 142-144
5. Герасимов, А. А., Мещанинов, В. Н., Щербаков, Д. Л. Механизмы патогенетической терапии болевого синдрома позвоночника внутритканевой электростимуляцией. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2019. – № 96(4). – С. 12-18. – DOI: 10.17116/kurort20199604112
6. Клемешева, Ю.Н., Воскресенская, О.Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5.– №1. – С. 120-123.
7. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
8. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М., 2002. – 439 с
9. Болотов, Д.Д., Юдин, В.Е., Турлай, М.В., Стариков, С.М. Система векторной оценки реабилитационного потенциала // Доктор.Ру. – 2016. – № 12 (129). – Часть II. – С. 40-43.

© Загинайко Т.Г., Бурматов Н.А., Батршин И.Т., Сергеев Г.К., Кудряшова Н.А., 2021.

УДК 617.751.6

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНИЗОМЕТРОПИЧЕСКОЙ АМБЛИОПИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Биринцева Н.П.,
врач-офтальмолог
БУ «Няганская городская детская поликлиника»

Анизометропия с небольшой разницей рефракции между глазами – одно из проявлений асимметрии в парном органе зрения. Анизометропию со значительной разницей рефракции, особенно касающуюся высокой аметропии одного глаза, следует рассматривать как аномалию развития.

Ключевые слова: анизометропия, амблиопия, педиатрическая офтальмохирургия

При анизометропии наблюдается нарушение бинокулярного зрения, по мнению большинства авторов, возникающее вследствие различной величины ретинальных изображений – анизейконии, которые бывают тем больше, чем больше разница рефракции между одним и вторым глазом. Ранее осложнение анизометропии – амблиопия, обусловленная преднамеренным ограничением участия пораженного глаза в зрении. Устранение основной причины заболевания – залог его успешного лечения. Эффективность лечения анизометропической амблиопии зависит от своевременной, как можно ранее начатой коррекции аметропии. Очки и контактные линзы являются наиболее распространенными способами исправления аномалий рефракции у детей. Данные виды коррекции оптических дефектов не всегда являются решением проблемы, так как при анизометропии высокой степени полная очковая или контактная коррекция непереносима, и тогда единственным основным методом лечения анизометропической амблиопии является хирургическая коррекция.

Для коррекции аметропии высокой степени применяют метод экстракции прозрачного хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.

Проиллюстрирую хирургический метод коррекции следующим примером:

Больная А., 6 лет наблюдается у офтальмолога в БУ «Няганская городская детская поликлиника» с диагнозом врожденная миопия средней степени правого глаза, высокой степени левого глаза, сложный миопический астигматизм. Анизометропия. Амблиопия высокой степени левого глаза. В возрасте 9 месяцев родители заметили, что стал отклоняться непостоянно левый глаз к носу, сразу же обратились на прием к врачу-офтальмологу. При осмотре выявлена миопия левого глаза 12,0 Д, правого глаза 4,0Д, отклонение левого глаза к носу до 10 градусов. Рекомендована очковая и контактная коррекция, в связи с анизометропией 8,0Д, полную коррекцию получить не удалось, контактные линзы носить не смогла. Неоднократно проводились курсы плеоптического лечения в кабинете охраны зрения. Острота зрения правого глаза без коррекции составляла 0,2, с максимальной коррекцией (-4,0Д) 0,4, острота левого глаза без коррекции составляла 0,01, с максимальной коррекцией (-13,0Д) 0,09.

Изучив практику современных микрохирургических технологий в педиатрической практике Уфимского НИИ глазных болезней рефракционную ленсэктомию с имплантацией ИОЛ, начиная с шестилетнего возраста, а также показания к операции: непереносимость оптических средств коррекции, рефракции свыше 9,0-10,0 Д при миопия, анизометропии 5,0 Д, так как у пациентки были все указанные выше показания, было предложено родителям девочки данный метод лечения. С согласия родителей больная А., 6 лет была направлена на оперативное лечение в Уфимский НИИ глазных болезней на ленсэктомию с имплантацией ИОЛ. Первым этапом с целью профилактики ретинальных осложнений в Уфимском НИИ глазных болезней была проведена периферическая лазеркоагуляция сетчатки левого глаза. Через 9 месяцев, в возрасте 6 лет, девочке была проведена операция факоаспирация хрусталика с имплантацией ИОЛ на левом глазу. После

операции острота зрения, несмотря на рефракцию, практически равной эмметропии, составляла 0,04, но проведя два курса плеоптического лечения в кабинете охраны зрения, острота зрения повысилась до 0,1. Отклонения левого глаза к носу не наблюдается, угол косоглазия по Гиршбергу равен 0. Проведенная операция позволила более эффективно проводить плеоптическое лечение, чем до операции.

Кроме повышения зрительных функций, пациентка отмечает улучшение качества и четкость изображения. В дальнейшем планируется проведение лазерной рефракционной операции на правом глазу.

Приведенный случай свидетельствует, что с целью коррекции аметропии высокой степени у детей, высокий уровень педиатрической офтальмохирургии позволяет проводить экстракции прозрачного хрусталика с имплантацией ИОЛ. Проведение после оперативного лечения неоднократных курсов плеоптического лечения также позволит дополнительно повысить остроту зрения и восстановить бинокулярное зрение.

Литература

1. Бикбов, М.М., Бикбулатова, А.А., Хуснутдинов, И.И., Фархутдинова, А.А. Рефракционная амблиопия. Хирургическое и консервативное лечение детей и подростков. – Уфа:ГУП РБ УПК, 2010. – 158 с.: ил.
2. Гончарова, С.А., Пантелеев, Г.В., Тырловая, Е.И. Амблиопия. – Луганск, 2006. – 255 с.

© Биринцева Н.П., 2021

УДК 616.127: 616.151.5

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ершов В.И.,
главный врач БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»
Салманов Ю.М.,
заместитель главного врача по медицинской части
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»
Доценко О.А.,
студентка ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»

В статье представлены основные сведения о тромболитических препаратах, входящих в комплектацию лекарственными препаратами укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи. Методом «затраты-эффективность» проведен фармакоэкономический анализ и получены результаты о наиболее оптимальном для использования в условиях вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи тромболитическом препарате.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, укладка, антитромботические средства, тромболизис

Актуальность

В настоящее время оказание медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (ОИМ) продолжает оставаться одной из важнейших задач отечественного и мирового здравоохранения. В индустриально развитых странах, в том числе и в России, сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности населения. Внедрение в клиническую практику тромболитических препаратов привело к снижению 30-дневной летальности больных с инфарктом миокарда до 5-8%, тогда как в «до фибринолитическую эру» она достигала 17-18%. В соответствии с рекомендациями ESC, ACC и Российского научного общества интервенционных кардиологов с целью достижения максимально ранних сроков реперфузии либо при отсутствии возможности проведения экстренной интервенционной коррекции коронарного кровотока методом выбора становится тромболитическая терапия (ТЛТ) [1].

ОИМ вызывается разрывом и изъязвлением атеросклеротической бляшки, которые приводят к окклюзирующему коронарному тромбо-

зу. Восстановление антероградного кровотока в инфаркт-связанной артерии (ИСА) сохраняет миокард и уменьшает летальность.

При инфаркте миокарда (ИМ) с подъёмом сегмента ST (ИМпST) необходимо как можно быстрее, полноценно и стойко восстановить проходимость коронарной артерии реперфузии. В клинической практике реперфузия может быть достигнута посредством первичной ангиопластики или назначением тромболитической терапии (ТЛТ). ТЛТ является относительно доступным и недорогим медикаментозным способом устранения стойкой окклюзии ИСА.

Тромболитические средства для оказания скорой медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда вне медицинской организации

Скорая медицинская помощь пациентам с ОИМ вне медицинской организации оказывается в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. №388н) (далее – Порядок). Согласно Порядка, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Согласно Стандарта медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение) (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.06.2021 №612н), в перечень ферментных препаратов для лечения ОИМ входят три препарата: 1) Тенектеплаза; 2) Проурокиназа; 3) Алтеплаза.

В соответствии с Требованиями к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. №36н), укладки общепрофильной для оказания скорой медицинской помощи должны быть оснащены следующими антитромботическими средствами: 1) Тенектеплаза; 2) Проурокиназа; 3) Алтеплаза; 4) Стафилокиназа рекомбинантная; 5) Стрептокиназа.

Комплектация лекарственными препаратами укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2020 г. № 1165н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи», согласно которому общепрофильная и специализированная укладка для оказания скорой медицинской помощи (далее – укладка) комплектуется следующими лекарственными препаратами антитромботического действия: 1) Тенектеплаза; 2) Проурокиназа; 3) Алтеплаза; 4) Ферментный препарат (Фортелизин) (далее – антитромботические средства). При этом, при комплектации укладки допускается включение в ее состав одного лекарственного препарата из числа антитромботических средств.

Характеристика тромболитических средств

Альтеплаза (Актилизе). Тканевой активатор плазминогена (ТАП, t-PA) был создан в начале 80-х гг. в лаборатории Boehringer Ingelheim. Это белок, который синтезируется эндотелиальными клетками сосудов. В отличие от стрептокиназы (СК), которая активирует плазменный плазмингоген, вызывая системное литическое состояние, ТАП переводит тканевой плазминоген в активный тромбин только в присутствии фибрина. Таким образом, он является фибриноспецифичным и не обладает выраженным системным действием. ДНК-рекомбинантным методом был создан промышленный продукт – альтеплаза, который выпускается в настоящее время с торговым названием «Актилизе». В отличие от СК он имеет короткий период инактивации. Период полураспада составляет 4-8 мин, что требует достаточно продолжительного введения для поддержания терапевтической концентрации в крови. В 80-х гг. проводились сравнительные исследования СК и альтеплазы.

В нескольких исследованиях с ангиографическим контролем было показано, что 3-х часовая инфузия альтеплазы достоверно чаще вызывает реперфузию КА на 60-й и 90-й минутах тромболизиса по сравнению со стрептокиназой [2]. Учитывая важное значение скорости реперфузии КА, логично было ожидать сниже-

ния летальности в группах с альтеплазой, но в исследованиях TIMI-1 (290 больных), GISSI-2 (10 372 пациента), ISSIS-3 (41 299 больных) не было обнаружено достоверного различия в летальности между группами СК и альтеплазы. И только в исследовании GUSTO-I, в которое включено 41 021 больных было показано, что ускоренный режим введения альтеплазы (100 мг за 90 мин) позволил уменьшить 30-дневную летальность по сравнению со СК: 6,3 против 7,2%, соответственно (p=0,001) [3]. Казалось бы, что точки над «i» расставлены и преимущество альтеплазы доказано. Но такая однозначная оценка результатов ограничена следующими обстоятельствами:

1. Достоверное различие в смертности наблюдалось только среди больных, которые лечились в США. В других странах такого различия не было [4].

2. В группе альтеплазы развилось больше инвалидизирующих инсультов: 0,72 против 0,54% (p=0,03). При этом комбинированная конечная точка (смерть+инсульт) в группе альтеплазы все-таки осталась ниже: 6,9 против 7,8% (p=0,006). Повышение частоты геморрагических инсультов при применении фибринспецифических тромболитиков по сравнению со стрептокиназой отмечено также в более позднем метаанализе [5].

3. В рамках исследования GUSTO-I проводилось подисследование: 2 431 больным выполнялась ангиография [6]. Оказалось, что эффективный кровоток (по TIMI 2-3) в инфаркт-связанной коронарной артерии к 90-й минуте от начала ТЛТ в группе альтеплазы был достигнут 81% случаев, а в группе СК – только в 60% случаев. Но через 3 ч различия по этому показателю уже не определялось. При повторной ангиографии на 5-7-е сутки заболевания частота реокклюзии составила: в группе альтеплазы – 5,9%, а в группе СК – только 5,5%.

В исследовании GUSTO-I проводилось подисследование по изучению соотношения стоимость/эффективность тромболизиса альтеплазой по сравнению с СК. Один год спасенной жизни больного в результате проведения тромболизиса не СК, а альтеплазой «стоит» 32 678 долларов США [7]. Это соотношение более эффективно/выгодно при передних ИМ и менее эффективно при нижних ИМ и у больных молодого возраста.

Таким образом, недостатками альтеплазы по сравнению с СК являются: высокий риск реокклюзии инфаркт-связанной коронарной артерии, высокий риск кровоизлияния в мозг, обязательная необходимость параллельной инфузии гепарина и высокая стоимость. Поэтому при выборе альтеплазы для тромболитической терапии необходимо учитывать не только ее достоинства, но и недостатки.

Тенектеплаза (Метализе). Для улучшения фибринолитических характеристик препарата, снижения риска кровотечений методом генной инженерии были созданы модификации молекулы ТАП: ретеплаза (рекомбинантный активатор плазминогена, r-PA), ланотеплаза (n-PA), тенектеплаза (TNK-tPA). Эти препараты имеют более долгий период полувыведения, что позволяет вводить их в виде болюса. Наиболее удачная модификация молекулы ТАП – препарат тенектеплаза (Метализе). В результате получена молекула с более продолжительным плазменным периодом полувыведения, повышенной специфичностью к фибрину и большей устойчивостью к ингибитору первого типа активатора плазминогена (PAI-1) по сравнению с естественным тканевым активатором плазминогена. Результаты многоцентровых рандомизированных исследований ASSENT-I и ASSENT-II, опубликованные в 1999 г., показали, что оба тромболитичеких средства – Метализе и Актилизе – при применении у больных с инфарктом миокарда одинаково эффективны. Несомненным преимуществом Метализе при использовании его у этой категории пациентов является улучшенный профиль безопасности препарата и возможность его однократного болюсного введения.

В исследовании ASSENT-1 была определена наиболее оптимальная доза этого препарата: 30-50 мг в зависимости от веса пациента [8]. Используя эту дозу, в исследовании ASSENT-2 проводилось сравнение альтеплазы (n=8 462) и тенектеплазы (n=8 488). Хотя частота нецеребральных кровоизлияний и необходимости гемотрансфузий была меньше в группе тенектеплазы, чем альтеплазы – 26,4% против 28,9%, (p=0,0003) и 4,2% против 5,5% (p=0,0002) соответственно, смертность в течение тридцати суток в обеих группах не различалась: 6,18% в группе, получавшей тенектеплазу, и 6,15% в группе с альтеплазой. Частота геморрагических

инсультов составила соответственно 1,78% и 1,66%. Был сделан вывод об одинаковой терапевтической ценности обоих препаратов, но отмечена более простая методика применения нового тромболитика [9].

Проурокиназа (Пуролаза). История этого препарата начинается с фермента урокиназы, который вырабатывается клетками почечной ткани. Его выделяют из мочи здоровых молодых людей, или из клеточной культуры почки человека, или методом генной инженерии. Урокиназа (УК), как и стрептокиназа, является фибриннеспецифичным тромболитиком, т.е. активирует плазминоген свободно циркулирующий в кровотоке. Период полураспада УК составляет 9-16 мин. Введенная парентерально, УК захватывается печенью, где осуществляется ее метаболизм. Большим преимуществом УК перед СК является отсутствие к ней антител, т.е. ее неаллергенность.

В 1979 г. была выделена еще одна форма УК. Она имеет такую же молекулярную массу, как высокомолекулярная УК, но отличается от нее следующими свойствами: имеет одноцепочечную структуру и проявляет сродство к фибрину. Эта форма УК была названа проурокиназой. Наиболее известна проурокиназа под торговым названием Саруплаза (scu-PA). Scu-PA циркулирует в крови в виде комплекса со специфическим ингибитором, и только в присутствии фибрина этот комплекс диссоциирует и scu-PA может проявлять свою фибринолитическую активность [10]. В исследовании SESAM, в которое было включено 473 пациента в первые 6 часов ОИМ, было показано, что достоверных различий по частоте реперфузии и реокклюзии инфаркт-связанной коронарной артерии при использовании саруплазы и альтеплазы нет [11]. В исследовании COMPASS сравнивалась эффективность саруплазы и стрептокиназы. Месячная летальность в группе саруплазы оказалась достоверно меньше: 5,7 против 6,7% ($p<0,01$). Это различие сохранялось и в течение года: 8,2 против 9,6%. Но при этом геморрагических инсультов в группе саруплазы было больше: 0,9 против 0,3% [12]. Этот результат в какой-то степени аналогичен результату по сравнению альтеплазы и стрептокиназы.

В лаборатории генной инженерии Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России была получена модифицированная молекула нативной проурокиназы – Пуролаза. Результатом изменения аминокислотной последовательности стало удлинение периода полувыведения препарата в 3 раза: с 9 до 30 мин. В отделе неотложной кардиологии Российского кардиологического научно-производственного комплекса (кардиоцентр) Минздрава РФ были проведены клинические исследования Пуролазы при остром инфаркте миокарда [13]. В исследование было включено 237 больных ОИМ в первые 6 ч заболевания. Всем больным вводилась Пуролаза по следующей схеме: 20 мг препарата растворялись в 20 мл физиологического раствора хлорида натрия и вводились в/в болюсом за 1 мин с последующей инфузией 60 мг препарата в 100 мл физ. р-ра за 1 ч. На фоне инфузии Пуролазы начинали инфузию гепарина в/в болюсом 60 Ед/кг (но не более 4 000 Ед), а далее инфузия со скоростью 1 000 Ед/ч на протяжении 48 ч под контролем АЧТВ. В течение 3 ч оценивались косвенные признаки реперфузии коронарной артерии по ЭКГ и достижение пика КФК до 16 ч от начала заболевания. Согласно этим критериям коронарная реперфузия была достигнута у 176 (74%) больных.

Несмотря на то, что Пуролаза обладает фибринспецифичностью, при ее введении отмечаются признаки системного фибринолиза: достоверное снижение уровня фибриногена (у 28% больных < 1,0 г/л) и α2-антиплазмина. По-видимому, эти явления связаны с образованием двухцепочечной формы молекулы, лишенной фибринспецифичности. «Малые» кровотечения (из мест пункций, кровоточивость десен, микрогематурия) отмечались у 26 (11%) больных; «большие» кровотечения – в 0,4% случаев: у одного больного развился геморрагический инсульт, после которого больной выжил, но сохранилась тяжелая неврологическая симптоматика.

Ферментный препарат (Фортелизин).

Фортелизин – это рекомбинантный белок E. coli, полученный по генно-инженерной технологии и содержащий аминокислотную последовательность неиммуногенной стафилокиназы. Проект создания инновационного отечественного лекарственного препарата Фортелизин осуществлялся с участием ведущих медицинских и научных центров МГУ им. М.В.

Ломоносова, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, РУДН, НИИ кардиологии СО РАМН и занял более 12 лет. При разработке субстанции и лекарственной формы препарата Фортелизин были учтены требования Российской, Британской, Европейской и Американской фармакопей. Для его создания были разработаны оригинальные способы хроматографической очистки лекарственной субстанции Фортеплазе, создан оригинальный состав вспомогательных веществ для получения готовой лекарственной формы, отработаны промышленные технологии лиофильной сушки, позволяющие сохранять фибринолитическую активность препарата Фортелизин на протяжении всего 3-летнего срока годности.

В 2012 г. были опубликованы результаты сравнительного исследования Фортелизина и Актилизе при ОИМ. 54 пациента с ОИМ были рандомизированы в соотношении 3:1 в 2 группы. В 1-й группе пациентам вводился Фортелизин (n=41), во 2-й группе – Актилизе в общепринятой дозировке 100 мг (n=13). Пациенты 1-й группы в свою очередь были рандомизированы в соотношении 1:1 на 2 подгруппы. В первой подгруппе (n=20) Фортелизин вводился двумя болюсами: 10 мг (1490000 МЕ) и через 30 мин – оставшиеся 5 мг (745000 МЕ). Пациентам второй подгруппы (n=21) Фортелизин вводили внутривенно болюсом в дозе 10 мг (1490000 МЕ), а оставшиеся 5 мг (745000 МЕ) – капельно в течение 30 мин. Актилизе вводили согласно инструкции по применению: 15 мг – внутривенно, струйно, 50 мг – внутривенно, капельно в течение первых 30 мин и остальные 35 мг – в течение 60 мин до достижения общей дозы 100 мг. Обнаружено, что частота реперфузии коронарных артерий у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST после введения Форелизина (при введении разными методами – двумя болюсами и болюсноинфузионным в общей дозе 15 мг) и Актилизе не различалась и составила в обеих группах по ЭКГ критериям 85%, а по данным коронароангиографии – 83% и 77% соответственно. Частота реперфузии 3-й степени по критериям TIMI после введения Фортелизина оказалась выше, чем после Актилизе, составив 54% против 31% (p=0,03). При мониторировании уровня общего фибриногена оказалось, что максимальное снижение фибриногена крови после введения Актилизе составило 38%, а после введения Фортелизина – 7%, но при этом частота геморрагических осложнений между группами Актилизе и Фортелизина не различалась. Различий по частоте реперфузии коронарных артерий, динамике уровня фибриногена и осложнениям заболевания между подгруппами с разным способом введения Фортелизина не установлено. Был сделан общий вывод о хорошей эффективности и безопасности нового тромболитика Фортелизина.

На основании этих результатов в 2012 г. Минздрав Росии зарегистрировал этот препарат для лечения больных ИМпST (ЛП-001941 от 18.12.2012). С целью возможности наиболее удобного использования этого препарата на догоспитальном этапе в виде одного болюса было проведено исследование ФРИДОМ-1. В это исследование было включено 382 пациента с ОИМпST, которые рандомизированы поровну в группы Фортелизина и Метализе. Фортелизин вводился в дозе 15 мг вне зависимости от массы тела болюсно в течение 10–15 с, Метализе болюсно – в дозе 30–50 мг в зависимости от массы тела. Через 90 мин после введения тромболитика частота реперфузии по ЭКГ-критериям составила 80,0% и 80,1%, а по критериям коронарной перфузии TIMI 2+3 во время экстренной КАГ – 70,0% и 70,8% в группах Фортелизина и Метализе соответственно, т.е. была получена абсолютно равная частота по эффективности этих препаратов. Большие кровотечения, потребовавшие переливания крови, наблюдались дважды: по одному случаю в группе Фортелизина и в группе Метализе. Было отмечено значимо меньшее количество малых кровотечений в группе Фортелизина по сравнению с Метализе (p=0,02). Внутричерепных кровотечений не наблюдалось в обеих группах. Таким образом, было показано, что один болюс Фортелизина 15 мг по эффективности и безопасности не уступает Метализе.

На основании результатов этого исследования в инструкцию к препарату Фортелизин был добавлен способ его введения в виде однократного болюса 15 мг. Это открывает возможность его широкого применения на догоспитальном этапе.

Сравнительная характеристика тромболитических препаратов, используемых для лечения острого инфаркта миокарда представлена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика тромболитических средств

Характеристика	Пуролаза (Проурокиназа рекомбинантная)	Актилизе (Альтеплаза)	Метализе (Тенектеплаза)	Ферментный препарат (Фортелизин)
Природа препарата	Белок человека, полученный биотехнологическим путем	Белок человека, полученный биотехнологическим путем	Белок человека, полученный биотехнологическим путем	Белок человека, полученный биотехнологическим путем
Тромболитик	3-го поколения	2-го поколения	3-го поколения	3-го поколения
Механизм действия (активация плазминогена)	Модифицированный фибрин-специфичный активатор плазминогена урокиназного типа (протеазная конверсия фибрин-связанного плазминогена в плазмин)	Фибрин-специфичный активатор плазминогена тканевого типа (протеазная конверсия плазминогена в плазмин в области тромба)	Модифицированный фибрин-специфичный активатор плазминогена тканевого типа (протеазная конверсия плазминогена в плазмин в области тромба)	Модифицированный фибрин-специфичный активатор плазминогена тканевого типа (протеазная конверсия плазминогена в плазмин в области тромба)
Время полувыведения	30 - 42 мин	4 - 8 мин	20 - 24 мин	5,77 мин
Системный фибринолиз	Не вызывает	Не вызывает	Не вызывает	Не вызывает
Частота тромботических реокклюзий	4 - 5%	10 - 15%	10 - 15%	10 – 15%
Иммунные реакции	Не вызывает иммунных реакций	Не вызывает иммунных реакций	Не вызывает иммунных реакций	Не вызывает иммунных реакций
Вирусная контаминация	Исключена	Исключена	Исключена	Исключена
Способ в/в введения	Болюс Схема «Болюс + инфузия» возможна	Болюс + инфузия	Болюс	Болюс Схемы «Болюс+Болюс» «Болюс + инфузия» возможны
Возможность применения на догоспитальном этапе. Оценка сложности процедуры введения	Возможно. Оптимальная схема введения	Возможно. Сложная процедура, включающая в себя использование двух инфузионных этапов с различной концентрацией препарата.	Возможно. Оптимальная схема введения	Возможно. Оптимальная схема введения
Производитель (страна)	Экспериментальное производство медико-биологических препаратов Российского кардиокомплекса Минздрава РФ (Россия)	Берингер Ингельхайм (Германия)	Берингер Ингельхайм (Германия)	Общество с ограниченной ответственностью "СупраГен" (Россия)

Фармакоэкономический анализ оптимального тромболитического препарата для применения вне медицинской организации, методом «затраты – эффективность»

Выбор оптимального тромболитического препарата для применения вне медицинской организации исходит из главного посыла – эффективность должна сочетаться с максимальной безопасностью применения. Соответствие этому критерию является главным условием успешности внедрения фармакологического тромболизиса в практике работы бригад скорой медицинской помощи.

Тромболитический препарат для применения вне медицинской организации должен быть:

1. Эффективным;
2. Максимально безопасным;
3. Доступным (недорогим).

Для повсеместного внедрения тромболитической терапии необходимо, чтобы были реализованы все три, указанные выше, требования. Можно смело утверждать, что в современной практике применения тромболитической терапии успешно решена только первая задача. Все, без исключения, тромболитики обладают доказанной клинической эффективностью – частота восстановления кровотока в ИСКА после проведения тромболитической терапии в 2,5-3 раза превосходит спонтанный тромболизис.

Безопасность применения представленных тромболитиков сопоставима по частоте возникновения побочных реакций.

Проблема выбора для повсеместного внедрения фармакологического тромболизиса осложняется ещё и стоимостью данной технологии. Стоимость курсовой дозы тромболитиков представлена в табл. 2.

Таблица 2

Стоимость курсовой дозы тромболитических средств

Тромболитический препарат	Стоимость курсовой дозы
Пуролаза (проурокиназа)	Не более 30 тыс.рублей
Актилизе (альтеплаза)	Не менее 45 тыс.рублей
Метализе (тенектеплаза)	Не менее 60 тыс.рублей
Ферментный препарат (Фортелизин)	Не более 47 тыс.рублей

Как видим из таблицы 2 наиболее низким по стоимости является отечественный препарат Пуролаза.

Таким образом, согласно представленным данным в таблицах 1, 2 и 3 с экономической точки зрения и эффективности, тромболитический препарат Пуролаза является наиболее оптимальным для использования в условиях вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи. Проведенный фармако-экономический анализ подтвержден методом «затраты-эффективность».

Литература

1. Зырянов, С. К., Белоусов, Ю. Б., Белоусов, Д. Ю. Сравнительный клинико-экономический анализ применения тромболитиков Фортелизин® и Актилизе® у пациентов с острым инфарктом миокарда / Качественная клиническая практика. – 2011 г. – №3. – стр. 1.
2. Granger, C.B., Califf, R.M., Topol, E.J. Thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a review // Drugs. – 1992. – No.44. – P.293-325.
3. The GUSTO Investigator. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol.389. – P.673-682.
4. Van de Werf, F., Topol, E.L., Lee, K.L. et al. Variations in patient management for acute myocardial infarction in the United States and other countries. Results from the GUSTO Trial // JAMA. – 1995. – Vol.273. – P.1586-1591
5. Eikelboom, J.W., Mehta, S.R., Pogue, J. et al. Safety Outcomes in Meta-analyses of Phase 2 vs Phase 3 Randomized Trials. Intracranial Hemorrhage in Trials of Bolus Thrombolytic Therapy // JAMA. – 2001. – Vol.285. – P.444-45024
6. The GUSTO Angiographic Investigators. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary-artery patency, ventricular function, and survival after acute myocardial infarction // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol.329. – P.1615-1622.

Таблица 3

Сравнительная таблица анализа эффективности троблитических средств

Тип тромболитика	Торговое наименование	Отличительные особенности	Терапевтические возможности	Безопасность применения
активатор плазминогена	Актилизе	Переводит тканевой плазминоген в активный плазмин только в присутствии фибрина. Фибриноспецифичный и не обладает выраженным системным действием.	Требуется точное дозирование. 15 мг в/в струйно, затем 50 мг в виде в/в инфузии в течение первых 30 мин, с последующей инфузией 35 мг в течение 60 мин до достижения максимальной дозы 100 мг.	Во время применения происходит активная выработка тромбина, что активирует тромбоциты и может вызвать спазм коронарной артерии. Это определяет обязательную необходимость комбинировать с в/в ведением гепарина. Высокий риск реокклюзии ИСКА, высокий риск кровоизлияния в мозг.
активатор плазминогена	Метализе	Связывается с фибрином и избирательно превращает связанный с тромбом плазминоген. Обладает более высоким сродством к фибрину и устойчивостью к инактивирующему действию эндогенного ингибитора активатора плазминогена I. Гликозилированный фермент.	Требуется точное дозирование. Рассчитывается в зависимости от массы тела, максимальная доза не должна превышать 10 000 ЕД (50 мг). Объем раствора для введения необходимой дозы рассчитывается по специальной таблице.	Наиболее часто встречающимися побочными эффектами являются наружные или внутренние кровотечения.
активатор плазминогена	Пуролаза	Модифицированный фибрин-специфичный активатор плазминогена урокиназного типа (протеазная конверсия фибрин-связанного плазминогена в плазмин).	100 мг (20 мг болюсно и 80 мг капельно в течение 60 мин) в 0,9% растворе NaCl. Для приготовления инфузионного раствора содержимое флакона растворяют в 20 мл воды для инъекций. Раствор готовится непосредственно перед применением и не подлежит хранению.	Аллергические реакции, снижение АД, кровотечения различной степени тяжести из мест пункций и хирургических разрезов.
активатор плазминогена	Фортелизин	Активирует плазминоген с образованием стехио-метрического комплекса в соотношении 1:1. Реагирует только с плазминогеном, связанным с частично деградированным фибрином, находящимся в области тромба и не взаимодействует с плазминогеном в системном кровотоке.	Отсутствует зависимость дозы препарата от массы тела пациента. Для однократного болюса 15 мг (3 флакона) разводится в 0,9% растворе натрия хлорида. Раствор готовится непосредственно перед применением и не подлежит хранению.	Наиболее частыми побочными реакциями являются кровотечения различной степени тяжести, нечасто реперфузионные аритмии, очень редко аллергические реакции.

7. Mark, D.B., Hlatky, M.A., Califf, R.M. et al. Cost effectiveness of thrombolytic therapy with tissue plasminogen activator as compared with streptokinase for acute myocardial infarction// N Engl J Med. – 1995. – Vol.332. – P.1418-1424.
8. Van de Werf, F., Cannon, C.P., Luyten, A. et al. Safety assessment of single-bolus administration of TNK tissue-plasminogen activator in acute myocardial infarction: the ASSENT-1 trial // Am. Heart J. – 1999. – Vol.137. – P.786-791.
9. Van de Werf., Assessment of the Safety and Efficacy of New Thrombolytic (ASSENT-2) Investigators. Single-bolus tenecteplase compared with front-loaded alteplase in acute myocardial infarction. The ASSENT-2 double-blind randomized trial // Lancet. – 1999. – Vol.354. – P.716-722.
10. Ohman, E. M., Harrington, R.A., Cannon, C.P. Agnelli, G., Cairns, J.A., Kennedy, J.W. Intravenous Thrombolysis in Acute Myocardial Infarction // CHEST. – 2001 vol. 119 no. 1 suppl. – P. 253S-277S.
11. Bar, F.W., Meyer, J., Vermeer, F. et al. Comparison of saruplase and alteplase in acute myocardial infarction // Am. J. Cardiol. 1997. – Vol.79. – P.727-732.
12. Teble, U., Michels, R., Adgey, J. et al. Randomized, double-blind study comparing saruplase with streptokinase therapy in acute myocardial infarction: the COMPASS equivalence trial // J. Am. Coll. Cardiol. – 1998. – Vol.31. – P.487-493.
13. Староверов, И.И., Коткин, К.Л. Пуролаза – отечественный тромболитический препарат третьего поколения. Использование при остром инфаркте миокарда // Русский мед. ж. – 2004. – Т.12. – №. – С.3
14. Вышлов, Е.В., Рябов, В.В. Коронарная реперфузия при остром инфаркте миокарда // Томск: НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, 2019. – 196 с.

© Ершов В.И., Салманов Ю.М., Доценко О.А., 2021

УДК 614.2

К 50-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА НИЖНЕВАРТОВСКА

Михайлова Л.Е.,
заслуженный врач Ханты-Мансийского автономного округа – Югры,
главный врач, отличник здравоохранения,
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»
Макарова Т.Л.,
к.м.н, заведующая отделом медицинской статистики и страховой медицины
БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»

Становление акушерско-гинекологической службы в Нижневартовске проходило поэтапно с развитием сети учреждений, оснащения материально-технической базы, формированием кадрового состава. Официально эта дата приурочена к 20 декабря 1972 г., когда в структуре хирургического стационара было выделено 15 акушерских и 15 гинекологических коек, которые курировала врач акушер-гинеколог Макарова Валентина Константиновна, хотя и до этого помощь жителям Нижневартовского района уже оказывалась дипломированными специалистами: с 1937 г. появилась первая дипломированная акушерка Коновалова Инна Александровна, а с 1949 г. первый врач – акушер-гинеколог Колганова Вера Федоровна.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая служба, перинатальный центр

За время своего существования служба претерпела множественные изменения, развиваясь в ногу с требованиями времени. В настоящем акушерско-гинекологическая помощь представлена первичной медико-санитарной помощью на уровне городской поликлиники (женская консультация входит в состав амбулаторно-поликлинической помощи по участковому принципу) и специализированной медицинской помощи в учреждениях третьего уровня: БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр», оказывающий услуги по родовспоможению, гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии и другим специальностям всем жителям г. Нижневартовска и женщинам с высокой степенью риска перинатальной патологии для территорий уровня подчинения Восточной части Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, экстренная гинекология относится к хирургической помощи, оказываемой в БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница». Несмотря на то, что помощь женщинам г. Нижневартовска оказывается в трех разных учреждениях, хорошая организация позволила создать четкую взаимосвязь между учреждениями и координацию в работе таким образом, что женщины не остаются без внимания ни на одном уровне оказания помощи. Курирующая роль данных процессов отведена перинатальному центру.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» организовано в 2004 г. и 01 января 2022 г. ему исполнится 18 лет – период, когда опыт организации позволяет эффективно оказывать специализированную и высокотехнологичную помощь не только по своему профилю, но и ряду смежных специальностей, активно развивающихся в учреждении последнее время. Руководителем учреждения с момента его основания является главный врач – специалист высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения Михайлова Лариса Евгеньевна.

За прошедшие годы учреждение достигло отличных результатов в работе: с 2011 г. на территории г. Нижневартовска не отмечалось случаев материнской смертности, перинатальная смертность является одной из самых низких в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре при том что коэффициент регионализации, т.е. сосредоточения всех патологических родов с подведомственных территорий, оговоренных приказом Депздрава по маршрутизации таких пациентов, самый высокий в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре и составляет 99-100%. И это самые главные показатели, характеризующие работу учреждения в современных реалиях и сложностях в системе здравоохранения в целом.

Как и все учреждения, наше тоже испытывает некоторые трудности: это дефицит специалистов, характерный для всей системы здравоохранения, но у нас сложившейся лишь в последние пару лет в связи с массовым выходом специалистов с большим стажем на заслуженный отдых, недостаток финансирования, наблюдающийся во всей отрасли здравоохранения, сложности внедрения новых организационных форм. При этом нам удаётся сохранить самое главное – веру в свой коллектив, не подводивший в самых трудных ситуациях, и любовь к нашим пациентам, ради которых мы стремимся быть лучше.

Учреждение неоднократно выступало в различных конкурсах и отмечено дипломами победителей на городском, окружном и федеральном уровне: «Лучшая организация в области охраны труда в сфере здравоохранения» – первое место на уровне города; «Успех и безопасность» – первое место по городу и в десятке лучших по РФ, «Лучшая организация осуществления воинского учета» – первое место по г. Нижневартовску двукратно в течение последних лет; «Сто лучших товаров России» - премия в области качества; «Учреждение высокой социальной эффективности» в номинации «За развитие кадрового потенциала в организациях непроизводственной сферы» – первое место по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и третье место по Российской Федерации.

Учреждение отмечено множественными благодарственными письмами от Российской академии естественных наук Ханты-Мансийского регионального отделения межотраслевых эколого-экономических исследований «Центр экологического образования», администрации города Нижневартовска за профессиональные достижения, содействие в подготовке и проведении общественно значимых мероприятий, от Тюменской областной первичной организации профсоюза работников здравоохранения РФ за активное и долголетнее социально-экономическое партнерство, от Ханты-Мансийского регионального отделения партии Единая Россия.

БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» включено в национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России». Коллектив центра первыми за Уралом получили доску «Больница, доброжелательная к ребенку», имеет сертификат соответствия системы менеджмента качества ISO 9001-2015.

Наша больница дважды участвовала – в 2017 и 2020 гг. – в независимой оценке качества условий оказания медицинских услуг, проводимой Общественным советом при Департаменте здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, и по результатам получала высокие оценки.

Ежегодно наши специалисты получают призовые места в конкурсах профессионального мастерства на уровне Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и России. Так, на окружном этапе Всероссийского конкурса врачей завоевано 1 место в номинации «Лучший неонатолог» – Байкулова Наталья Хасановна; в 2017 г. получено три призовых места в профессиональных конкурсах: «Лучший врач анесте-

зиолог-реаниматолог» – 1 место Мельне Игорь Олегович, «Лучшая акушерка» – 2 место Лоскутова Елена Аркадьевна, «Лучшая старшая медицинская сестра» – 3 место Соколова Наталья Васильевна; в 2018 г. – два диплома первой степени на уровне ХМАО-Югры: «Лучший врач-акушер гинеколог» – Горкольцева Елена Ирмековна и «Лучший анестезиолог-реаниматолог», которая на уровне России заняла второе место в данной номинации, Хоробрых Ольга Станиславовна; в 2019 г. в номинации «Лучший руководитель медицинской организации» Михайлова Лариса Евгеньевна получила первое место по округу и второе место по Российской Федерации; в 2020 г. первое место по ХМАО-Югре в номинации «Лучший врач-эксперт» – Макарова Татьяна Леонидовна.

Кадры – это самый важный ресурс учреждения. Благодаря нашим специалистами удается пережить самые сложные моменты в работе центра. И накануне юбилейной даты хочется отметить и вспомнить людей, ныне вышедших на заслуженный отдых, которые большую часть жизни посвятили своему делу в стенах одного учреждения и усилиями которых удалось достигнуть высоких результатов. Они воспитали не одно поколение врачей, акушерок и медицинских сестер. Мы выражаем слова безмерной благодарности и уважения нашим сотрудникам: врачу-акушеру-гинекологу Кононовой Любови Алексеевне, которая долгие годы руководила родильным домом, врачу-акушеру-гинекологу, заведующей консультативно-диагностическим отделением Петровой Светлане Викторовне, врачу-акушеру-гинекологу Савельевой Елене Николаевне, врачу-акушеру-гинекологу Быковой Галине Георгиевне, врачу-акушеру гинекологу Ларичевой Ольге Ивановне, врачу-анестезиологу-реаниматологу Швецову Борису Игоревичу, врачу-неонатологу, заведующей отделением патологии новорожденных Токаревой Любови Ивановне, а также средним медицинским работникам – старшей медицинской сестре отделения новорожденных Алиевой Айние Вахитовне, старшей медицинской сестре отделения патологии новорожденных Семеновой Лидии Викторовне, старшей акушерке консультативно-диагностического отделения Денисовой Любови Николаевне, старшей акушерке родового отделения Карноуховой Любови Андреевне, старшей акушерке отделения патологии беременных Бондаренко Татьяне Николаевне, старшей акушерке обсервационного отделения Квитко Валентине Михайловне, операционной медицинской сестре Лебедевой Гульфире Талгатовне, акушерке Луганько Любови Алексеевне, акушерке Шеверевой Ольге Васильевне, акушерке Лоскутовой Елене Аркадьевне, медицинской сестре Денис Вере Петровне, медицинской сестре Тухватуллиной Ирине Леонидовне, акушерке Щербаковой Ольге Петровне, акушерке Крючковой Валентине Викторовне, акушерке Типцовой Людмиле Ивановне, медицинской сестре Чуприной Надежде Александровне, акушерке Замятиной Татьяне Васильевне, акушерке Шевченко Татьяне Ивановне, акушерке Саража Галине Семеновне, акушерке Рожковой Ларисе Ивановне. Спасибо Вам за ваш труд!

Хочется вспомнить замечательных докторов и средних медицинских работников, горечь утраты которых навсегда останется с нами, мы скорбим вместе с родными и близкими. Нет с нами замечательных врачей-анестезиологов-реаниматологов Иванова Игоря Валентиновича, Лоскутова Олега Валентиновича, Сидунова Александра Николаевича, Лапко Валерия Васильевича. Невосполнимой утратой стал уход врача-акушера-гинеколога Тряйкиной Надежды Борисовны. Непозволительно рано оборвалась жизнь одного из ведущих врачей-акушеров-гинекологов Ширкиной Алены Владимировны. Вечная Вам память, коллеги! Вы оставили яркий след и всегда будете в наших сердцах.

А между тем, появилось новое поколение специалистов, готовое на очередные подвиги в медицине, и мы тщательно занимаемся вопросами подбора и подготовки кадров, наставничеством и многими другими направлениями, способными не только сохранять традиции старой школы, но и приносить новые, перспективные взгляды в деятельность больницы.

Поздравляем наш родной Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр и всех специалистов службы акушерства и гинекологии города Нижневартовска с пятидесятилетием службы! Желаем вам здоровья, благополучия и процветания!

© Михайлова Л.Е., Макарова Т.Л., 2021

СОДЕРЖАНИЕ

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Кузьмичев Д.Е., Диордица Д.В., Скребов Р.В., Мисников П.В. Анализ деятельности филиала «Отделение в г. Нижневартовске» Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018, 2019, 2020 годов 3

Неъматов Г.Х., Агашков В.С., Верещинский А.М., Макарова Т.Л. Гипотермия. За грань возможного.....15

Ишханян А.Р., Казанцева А.А., Мезенова Е.А. Норвежская чесотка. Клинический случай.....23

Хорошилова Т.А., Шумилов В.Г. Плексиформная фибромиксома желудка. Опыт диагностики и лечения редкого образования желудка.....25

Жевелик О.Д., Михеева Г.Ф., Бондаренко К.В. Анализ работы сомнологического кабинета БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница».....28

Аксёнов А.В., Аксёнова К.Е., Скоробогатов М.М., Ахтямов Р.Р. Трехлетний опыт работы БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» как донорской базы в становлении трансплантационной службы округа.....34

АКТУАЛЬНО

Бондученко Н.А. Онкология в разрезе.....36

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иорданишвили А.К., Перемышленко А.С., Мушегян П.А., Баринов Е.Х. Результаты цитологического исследования полости рта в адаптационный период при пользовании зубными протезами и средствами для их фиксации.....40

Шустова О.А. Роль психолога в детской стоматологической клинике.....42

Бабушкин А.М., Чернова К.А. Опыт применения препарата нетакимаб у пациентов с тяжелыми формами псориаза.....44

Галица В.В., Лёвочкин С.П., Назарова И.М., Айкин В.С., Мунасипов Р.Н. Особенности хирургического лечения некроза желудка у новорожденных детей.....48

Иорданишвили А.К., Идрис А.Я., Баринов Е.Х. Приверженность уходу за полостью рта и стоматологическое здоровье.....51

Хорошилова Т.А., Шумилов В.Г. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR) с диссекцией в подслизистом слое (ESD) у пациента с нейроэндокринной опухолью желудка.....53

Загинайко Т.Г., Бурматов Н.А., Батршин И.Т., Сергеев Г.К., Кудряшова Н.А. Результаты анализа контрольного этапа оригинальной оздоровительной программы «Правильная осанка».....56

Биринцева Н.П. Хирургическая коррекция анизометропической амблиопии. Клинический случай из практики.....62

Ершов В.И., Салманов Ю.М., Доценко О.А. Фармакоэкономический анализ тромболитической терапии на догоспитальном этапе.....63

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

Михайлова Л.Е., Макарова Т.Л. К 50-летнему юбилею акушерско-гинекологической службы города Нижневартовска.....72

Примите самые теплые и сердечные поздравления с Новым годом и Рождеством!

Праздник, любимый с детства, приходит в каждый дом – с нарядной елкой, яркими фейерверками. Торжество объединяет нас всех вокруг главных ценностей: любовь к семье и близким людям, к своему городу и округу.

Пусть Новый год принесет в каждый дом счастье, согласие и любовь, станет для вас годом удачи и приятных открытий, тепла и радости. Пусть мечты станут реальностью, а стремления – достижениями!

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»
Чистяков С.Н.

2022