

Министерство здравоохранения Пензенской области

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

**Медицинский институт
ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»**

**ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

**XX Международная научно-практическая конференция
памяти академика Н.Н. Бурденко
«Актуальные вопросы современного практического
здравоохранения»
(«Бурденковские чтения»)**

Сборник тезисов научных работ

16 - 17 мая 2014 года

г. Пенза

Оглавление сборника тезисов научных работ

ПОКАЗАТЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И СКОРОСТИ ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ИБС	5
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	6
ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.....	7
ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ АДИПОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ...	9
ОСОБЕННОСТИ АНАЛИЗА КОНЕЧНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА ПРИ БИФУНКЦИОНАЛЬНОМ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ	10
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	11
ВКЛАД МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕПЕРФУЗИИ В СНИЖЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПОЛУЧИВШИХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ.....	13
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	14
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРИГИНАЛЬНОГО КЛОПИДОГРЕЛА И ДЖЕНЕРИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ТРОМБОЗОВ СТЕНТОВ	15
ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ЦЕЛЬЮ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДБОРА СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТАДИИ, 1-2 СТЕПЕНИ.....	16
ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ВЫЯВЛЕНИИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА.....	17
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДЕВИАЦИИ СЕГМЕНТА ST ПРИ ТЕЛЕМЕТРИИ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	19
ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОАНГИОГЕНЕЗА В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	20
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	21
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ФЦССХ.....	22
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ФЦССХ.....	23
УРОВЕНЬ СЕРДЕЧНОГО ТРОПОНИНА I ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	30
ОРГАНИЗАЦИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ОБЛАСТИ.....	31

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОКС И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В КЛИНИКАХ САМГМУ	33
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 2013 Г	34
ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 2013 Г.....	36
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ	37
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА ФОНЕ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	39
ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА И ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА.....	40
МОНИТОРИНГ ПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОРОДА И ЭНЕРГОПОТРЕБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ИНСУЛЬТАМИ.....	41
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	42
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	44
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК.....	45
ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА.....	46
СТРУКТУРА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖИТЕЛЕЙ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА.....	48
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	49
СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	50
КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	51
СИСТЕМНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ	52
РОЛЬ И МЕСТО ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	53
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА.	54
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ	56
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..	57

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНКРЕОНЕКРОЗА С НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	59
АКТГ - ЭКТОПИРОВАННЫЙ СИНДРОМ.	59
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ДРУГИЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ И СОСУДАХ.....	61
ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВотоКА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ.....	62
ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ	63
ОПЫТ ПЯТИЛЕТНЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (СМАД)	65
НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГА И НЕОНАТОЛОГА.....	69
ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	72
ВАКУУМНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	73
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ КЛИНИКОЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРОВ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	75
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА	80
ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ВО ВРЕМЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БИФУРКАЦИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ.....	83
ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИКЕ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	84
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПРОКИНЕТИКОМ «ТРИМЕДАТ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ, РЕГУЛИРУЮЩИМ МИКРОЦИНОЗ КИШЕЧНИКА «РИОФЛОРА БАЛАНС»	87

ПОКАЗАТЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И СКОРОСТИ ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ИБС

Олейников В.Э.², Буданова В.А.², Донченко И.А.¹, Романовская Е.М.¹

¹ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза

²ГБОУ ВПО «Пензенский Государственный университет», г. Пенза

Цель: Оценить показатели глобальной продольной, циркулярной и радиальной деформации миокарда, а также скорости глобальной деформации миокарда методом XСтрейн у пациентов с неосложненной и осложненной ИБС.

Материалы и методы: в исследование было включено 30 пациентов отобранные в результате скрининга различных вариантов течения ИБС. В первую группу вошли 15 пациентов со стабильной стенокардией 1-3 ФК, без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, средний возраст $53,6 \pm 5,76$ года; во вторую – 15 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, средний возраст $57,7 \pm 10,3$ года, давность ИМ ($3,26 \pm 2,9$ г). Всем пациентам проводилось трансторакальное эхокардиографическое исследование на ультразвуковом сканере My LAB 90 (Esaote, Италия). Для анализа деформационных характеристик использовалось программное обеспечение XStrain (Esaote). Оценивали глобальную деформацию миокарда в (%) и глобальную скорость деформации миокарда (сек^{-1}). Полученные значения деформации представлены в виде $M \pm SD$, Me и 25% и 75%.

Результаты: Показатели глобальной продольной деформации (GLS) в исследуемых группах составили $18,7 \pm 2,59$ и $-15,2 \pm 3,08$, глобальной продольной скорости деформации (GLSR) $-1,2 \pm 0,19$ и $-1,0 \pm 0,29$, соответственно. Значения глобальной циркулярной деформации (GCS) $-21,8 \pm 3,31$ и $-16,3 \pm 2,85$, и глобальной циркулярной скорости деформации (GCSR) в соответствующих группах $-1,46 \pm 0,23$ и $-1,16 \pm 0,14$. Глобальная радиальная деформация составила (GRS) $+31,9$ (11,2; 33,2) и $+32,3$ (12,4; 34,2), глобальная радиальная скорость деформации (GRSR) $+2,07 \pm 0,31$ и $+2,1$ (1,56; 2,21), соответственно.

Выводы: У больных с постинфарктным кардиосклерозом GLS была ниже на 19%, по сравнению с пациентами с неосложненной формой ИБС. Анализ GLSR у пациентов с ПИКС, выявил ее снижение на 17% по сравнению с пациентами без инфаркта миокарда.

Следует отметить, что в группе пациентов ИБС без ИМ GCS была достоверно выше на 20-25% чем в группе с ПИКС. Для значений глобальной циркулярной скорости деформации (GCSR), были выявлены статистически значимые различия между группами 1 и 2.

Во всех группах сравнения значения GRS/GRSR характеризовались однородностью и не имели различий при сравнении групп больных ИБС между собой.

Таким образом, значения глобальной продольной и циркулярной деформации и скорости деформации у больных с ПИКС были достоверно ниже чем у больных ИБС без ИМ, что отражает преимущественное вовлечение в патологический процесс продольных и циркулярных волокон миокарда ЛЖ, нарушение их контрактильной функции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Алексеева О.А., Романова Т.С., Трутнева Г.Д.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза.

Проблема церебрального инсульта остается одной из важнейших медико-социальных проблем. Удельный вес ишемического инсульта среди всех форм ОНМК составляет до 80 %. Эффективность и своевременность оказания медицинской помощи при ОНМК оказывают решающее влияние на исход заболевания и развитие осложнений. На настоящий момент тромболитическая терапия относится к наиболее эффективным терапевтическим методам при ишемическом инсульте, который позволяет восстановить кровоток в зоне ишемии и сохранить жизнеспособность нервной ткани.

Целью настоящего исследования является анализ внедрения метода тромболитической терапии в клиническую работу РСЦ Пензенской области как наиболее эффективного метода реперфузионной терапии ишемического инсульта в пределах «терапевтического окна».

Материалы и методы. Был выполнен мониторинг основных показателей деятельности РСЦ за 2010 – 2013 гг. Проанализированы истории болезни пациентов, которым проводилась тромболитическая терапия. Число пациентов с ишемическим инсультом госпитализированных в период с января 2010 года по январь 2014 года составило 2827 человек. 282 пациента с диагнозом ишемический инсульт поступили в период «терапевтического окна». Из них 210 пациентов было исключено и-за наличия у них противопоказаний к тромболитической терапии, таких как - признаки обширного инфаркта на КТ, лечение пероральными антикоагулянтами, недавнее хирургическое вмешательство, возраст старше 85 лет, и т.д. Только 70 пациентов соответствовало необходимым критериям отбора для выполнения системного тромболизиса. Средний возраст больных составил $65,4 \pm 12,5$ лет, из них 66 % пациентов были мужского пола.

Результаты. Тромболитическая терапия выполнялась Актилизе в дозе 0,9 мг/кг массы тела. Оценка неврологического статуса проводилась по шкале NIHSS до проведения тромболизиса, во время введения актилизе каждые 15 минут, каждый час в течение последующих суток и на 14 сутки. Неврологический дефицит до выполнения тромболитической терапии по шкале NIHSS составила $14 \pm 3,9$. В 5 % случаев было отмечено «драматическое» улучшение во время проведения тромболитической терапии. Через 24 часа у 48 % пациентов отмечалось значительное улучшение в виде уменьшения очаговой неврологической симптоматики на 1 – 4 балла по шкале NIHSS. При оценке неврологического статуса на 14 сутки регресс отмечался в 18% случаев. Признаки геморрагической трансформации по данным нейровизуализации, выполняемой согласно протоколу через 24 часа и на седьмые сутки выявлены в 4,9% случаев (при этом лишь у 1 пациента кровоизлияние было симптомным, в остальных случаях кровоизлияние было определено как бессимптомное). Летальный исход отмечался в 3 случаях, что составило 4,3%. Из них у одного пациента отмечалось симптомное внутримозговое кровоизлияние, у 2 пациентов сформировался очаг ишемии более 1/3 полушария, приведший к отеку мозга и дислокации мозгового ствола.

Заключение. Представленные данные отражают опыт использования системного тромболизиса при ишемическом инсульте в условиях РСЦ Пензенской области. Можно сделать вывод о том, что использование тромболитической терапии достоверно улучшает исходы заболевания, и увеличивает количество пациентов с восстановленными нарушенными неврологическими функциями.

ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Комаров В.Т., Девина О.В., Никишина А.Ю., Хичина Н.С.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Бурденко», г. Пенза

Актуальность: Распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) точно не известна, однако кардиоваскулярная патология, среди которой на первое место выходит острый коронарный синдром, является одной из причин смертности больных с РА. У пациентов с высокой частотой встречается бессимптомный инфаркт миокарда, в тоже время стенокардия встречается существенно реже, чем у лиц, не страдающих РА.

Целью исследования явилась оценка особенностей коронарной патологии при РА по данным ретроспективного исследования.

Материалы и методы исследования: Проанализированы истории болезни 320 пациентов (50 мужчин и 270 женщин, средний возраст 49,5 лет) с РА, лечившихся в отделение ревматологии за последние 2 года. Диагноз РА ставился на основании критериев АКР, 1987 г и EULAR, 2012г. Обследование пациентов включало в себя рентгенологические, инструментальные и лабораторные методы. Рентгенологические методы обследования состояли из: обследования обеих кистей и стоп, костей таза, лабораторные методы: С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), антитела к цитрулированным пептидам(АЦЦП), СОЭ крови, холестерин, глюкозу крови, инструментальные : Эхокг, ЭКГ, спирографию, отдельным пациентам проводилось холтеровское мониторирование сердца.. Это были пациенты с ревматоидным полиартритом развернутой и поздней стадией 11 степени активности серопозитивным, из них Р- стадия II- 113 чел, Р – стадия III- 207 чел. Все пациенты получали базисную терапию метотрексатом в среднем 12,5 мг в неделю, преднизолон 7,5 мг в сутки, нестероидные противовоспалительные средства, а также антигипертензивные средства для достижения целевых цифр артериального давления: Б-блокаторы, антагонисты кальция и ингибиторы АПФ. Полученные результаты исследования заносятся в индивидуальные карты наблюдения и подвергались статистической обработке.

Результаты и обсуждение: За последние 2 года из 320 пациентов, лечившихся в отделение ревматологии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Бурденко», артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 65%, стабильная стенокардия напряжения – у 6,2%, постинфарктный кардиосклероз - 4,4%, аритмический вариант - 8%, острый инфаркт миокарда - 1,2%, из них 2 умерли в районных больницах, хроническая сердечная недостаточность -5% Проанализированы 2 группы пациентов, лечившихся в отделение ревматологии с РА. В первой группе у 52 пациентов (36 женщин и 16 мужчин, средний возраст – 54 года) с РА отмечалась АГ, во второй группе 50 пациентов (38 женщин и 12 мужчин, средний возраст – 51,4 года) АГ не было. За истекший период в группе пациентов РА с АГ показатель интенсивности боли при ходьбе по ВАШ у пациентов отмечался 78 мм, по оценке ВАШ врачом - 67 мм, число болезненных суставов (ЧБС)- 12,2, число отежных суставов (ЧОС) -7,3, длительность заболевания в среднем 14 лет, отмечены системные проявления РА в 57%, прежде всего поражение почек - хроническая болезнь почек (ХБП) - 8: хронический диффузный гломерулонефрит, амилоидоз, интерстициальный нефрит, лихорадка - 5, фиброзирующий альвеолит-3 , плеврит - 2, ревматоидные узлы - 8. При анализе состояния пациентов в группе с АГ СОЭ крови составляла 52 мм/час, СРБ - 42 мг/л, все пациенты были серопозитивными, ревматоидный фактор- 36 ед/мл, кровь на АЦЦП – 53 ед. В группе пациентов с РА без АГ показатель интенсивности боли при ходьбе по

ВАШ у пациентов отмечался 67 мм, по оценке ВАШ врачом - 54 мм, число болезненных суставов (ЧБС) -9,2, число отежных суставов (ЧОС) -5,3, длительность заболевания в среднем 8 лет, системные проявления отмечались всего в 30% (полинейропатия, ревматоидные узлы, лихорадка, поражения почек не отмечалось). В данной группе больных СОЭ крови составляла 32 мм/час, СРБ - 31 мг/л, ревматоидный фактор- 24 ед/мл, 18 пациентов были серонегативными, кровь на АЦЦП – 23 ед.

В группе больных с РА с АГ клинические проявления ИБС отмечались у пациентов в возрасте 56 лет, из них: типичная стабильная стенокардия напряжения – у 7, постинфарктный кардиосклероз- у 5, хроническая сердечная недостаточность – у 6. Острый инфаркт миокарда с типичной клиникой, динамикой ЭКГ, повышением уровня КФК, тропонинов отмечен у 4 пациентов, причем 2 переведены в коронарный блок, а у 2 пациентов острый инфаркт миокарда развился в ЦРБ, и они умерли. Обращает внимание, что у умерших пациентов с РА от инфаркта миокарда отмечалась ХБП с гиперазотемией и выраженной АГ. Кроме того, поражение почек отмечалось также у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и постинфарктным кардиосклерозом. Нарушения ритма при РА с АГ зарегистрированы на ЭКГ и при холтеровском мониторировании, в основном с системными проявлениями РА. Среди них: желудочковая экстрасистолия – у 3, предсердная экстрасистолия – у 4, фибрилляция предсердий – у 2. В группе больных с РА без АГ клинические проявления ИБС отмечались у пациентов в возрасте 50 лет, из них: типичная стабильная стенокардия напряжения – у 3, постинфарктный кардиосклероз- у 1, хроническая сердечная недостаточность – у 2, острого инфаркта миокарда не было, нарушение ритма сердца: желудочковая экстрасистолия- у 3, фибрилляция предсердий- у 1.

Выводы:

1. При РА сердечно-сосудистая патология встречается очень часто, среди них: АГ – 65%, различные варианты ИБС: стабильная стенокардия напряжения-6,2%, постинфарктный кардиосклероз- 4,4%, аритмический вариант-8%, острый инфаркт миокарда -1,2%, хроническая сердечная недостаточность -5%.

2. АГ при РА наблюдалась при высокой степени активности, большой давностью заболевания, ассоциировалась с серопозитивным вариантом РА, выраженными признаками воспаления и наличием системных проявлений.

3. При РА с АГ с большей частотой встречается ИБС : стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, острый инфаркт миокарда, чем при РА без АГ.

4. Нарушения ритма сопряжены с внесуставными проявлениями при РА.

5. ХБП при РА увеличивает количество сердечно - сосудистых событий. Все, что изменило почку – изменит миокард.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ АДИПОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Лебедев П.А., Матеев К.А., Малкова О.О., Щербакова Н.Ф.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Самара

Течение острого инфаркта миокарда (ОИМ) и процессов постинфарктного ремоделирования находятся в фокусе пристального внимания кардиологов. Метаболический синдром - предиабетическое состояние, характеризующееся инсулинорезистентностью и абдоминальным ожирением, имеет значительное распространение среди пациентов с хроническими формами ИБС, предрасполагая к ОИМ. С другой стороны, мероприятия, направленные на коррекцию компонентов МС имеют хорошо доказанный эффект на выживаемость и качество жизни постинфарктных пациентов. Гормональная активность жировой ткани, связанная с продукцией адипокинов, способна промотировать механизмы атерогенеза: воспаление, тромбогенность, а также влиять на ремоделирование миокарда путем активации факторов роста, воздействуя на активность симпатической системы. Изучение активности лептина, резистина и адипонектина предпринималось в основном у пациентов с хроническими формами ИБС, и мало изучена при ОИМ. Известно двухкратное увеличение лептинемии в течение двух первых дней ОИМ, соответственно степени увеличения маркеров некроза миокарда и концентрации интерлейкина-6 и С-реактивного белка, что свидетельствует об участии лептина как протеина острофазового ответа. Интерес представляют его протромботические эффекты за счет воздействия на рецепторы тромбоцитов и активации симпатической системы. Оба синдрома являются характерными для острого и последующего периода инфаркта миокарда. Напротив, уровень адипонектина ассоциируется с уменьшением вероятности атеросклероза в общей популяции. Это связано с антиапоптозным эффектом в отношении клеток сосудистого эндотелия, стимуляцией новообразования сосудов. При экспериментальном ОИМ предварительное введение адипонектина приводило к уменьшению зоны некроза за счет активации циклооксигеназы кардиоцитов, увеличению простогландина E₂, ингибированию воспалительных цитокинов. У пациентов в остром периоде инфаркта миокарда секреция адипонектина значительно уменьшается, приводя к дефициту кардиопротективных свойств. О резистине, секретируемом преадипоцитами известно меньше. Он является антагонистом инсулина, способен усиливать процессы повреждения миокарда при острой ишемии, способствуя гипертрофии, фиброзу - известным факторам патогенеза хронической сердечной недостаточности. Следовательно, активность адипокинов не только определяет метаболический статус, но имеет тесное отношение к процессам системного воспаления, сосудистого и миокардиального ремоделирования, соответственно фазам течения инфаркта миокарда.

Таким образом, изучение профиля адипокинов при ОИМ имеет перспективы для оптимизации прогноза, контроля реабилитационных мероприятий с целью снижения сердечно - сосудистого риска.

ОСОБЕННОСТИ АНАЛИЗА КОНЕЧНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА ПРИ БИФУНКЦИОНАЛЬНОМ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ

Советова Л. А., Киселева И.В., Пугачева Н. А.
МСЧ ОАО ППО «ЭВТ», Пенза

Суточное бифункциональное мониторирование существенно дополняет диагностические возможности ХМ, позволяя соотносить результаты СМАД и ЭКГ, так как выявляется отчетливая связь депрессии ST с повышением АД у больных с гипертрофией левого желудочка.

Цель исследования: дифференциация ишемических изменений интервала ST и депрессии ST, зависящей от повышения АД.

Методы исследования. Была отобрана группа из 100 пациентов (43 мужчины; 57 женщин в возрасте от 45 до 65 лет) с АГ (II-III стадии) с вольтажными критериями гипертрофии левого желудочка и постоянной депрессией ST (признаками стрейн-синдрома). Обследование проводилось с помощью системы суточного мониторирования ЭКГ и АД Card(X)plogr фирмы MEDITECH. Регистрировались отведения (канал A – CM5, канал B – CC5, канал C – обратное по Небу (Nehb I).

При анализе суточного профиля АД, получаемого в результате проведенного мониторирования, выделялись эпизоды повышения АД больше 160/100 мм рт.ст. Для анализа ST использовались критерии ишемии миокарда Kodama, за исключением индекса ST/ЧСС. Оценка депрессии ST проводилась в автоматическом режиме и визуально. Учитывалась клиника по записям в дневниках пациентов.

Результаты. У всех обследованных лиц средние показатели АД и показатели нагрузки давлением по индексу времени оказались повышенными.

Из 100 обследованных пациентов у 72 (46 женщин и 26 мужчин) отмечались продолжительные (от 20 минут до 2,5 часов) периоды увеличения депрессии ST более чем на 0,15 мВ по сравнению с исходной в отведениях CM5 и обратном Nehb I, при отсутствии клиники и повышении АД более 180/95 мм рт.ст. У 20 пациентов (17 женщин и 3 мужчин) регистрировалась тахикардия. У 9 пациентов (7 женщин и 2 мужчин) – короткие (от 1,5 до 5,0 мин) эпизоды увеличения депрессии ST, сопровождавшиеся жалобами на давящие и сжимающие боли за грудиной, тахикардией при повышении АД более 180/95 мм рт.ст. У 16 пациентов (2 женщины и 14 мужчин) – короткие (от 1,5 до 5,0 мин) эпизоды увеличения депрессии ST в отведении CM5, у 1 больного в отведениях CM5 и CC5, сопровождавшиеся жалобами на давящие и сжимающие боли за грудиной на фоне стабильного АД. У 10 пациентов (2 женщины и 8 мужчин) регистрировалась тахикардия, у 2 мужчин – брадикардия. У 3 обследованных (2 женщины и 1 мужчина) – короткие (от 1,5 до 5,0 мин) эпизоды «немой ишемии» (депрессия ST в отведениях CM5 и обратном Nehb I) на фоне стабильного АД и повышения ЧСС. В 28% случаев увеличение депрессии ST у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка было расценено как признак ишемии миокарда. В 72% случаев усугубление депрессии ST на фоне повышения АД при отсутствии клиники коронарного синдрома, вероятнее всего, указывало на синдром напряжения миокарда левого желудочка связанной с повышением внутрижелудочкового давления.

Выводы. Параллельная регистрация АД позволяет расширить и дополнить диагностические возможности ХМ. Лишь при бифункциональном мониторировании (АД и ЭКГ) возможна дифференциальная диагностика ишемии миокарда и стрейн-синдрома при гипертрофии левого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Ефремова Е.В., Шутов А.М., Сабитов И.А., Багаев С.С., Кузнецов С.Ю.
ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Минздрава РФ, Ульяновск

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) усугубляет течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) как в клиническом, так и в социальном аспекте. Проблема психологического реагирования, характера социального функционирования и личностных особенностей больных ХСН, ассоциированной с ХБП, изучена недостаточно.

Цель исследования: изучить особенности внутренней картины болезни и определяющие личностные тенденции больных ХСН в зависимости от функционального состояния почек.

Материал и методы. Обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст $61,8 \pm 9,6$ лет) с ХСН I – III стадии, I – IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 18 (8,9%) больных, II ФК – у 108 (53,2%) больных, III ФК – у 75 (36,9%) и IV ФК – у 2 (1%) больных. Продолжительность ХСН – $4,3 \pm 1,8$ года. Причиной ХСН у большей части больных (154; 75,9%) являлась ИБС в сочетании с артериальной гипертензией высокого риска. Больные имели высокую коморбидность, которую оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD, ХБП была диагностирована согласно Рекомендациям национального почечного фонда США (NKF K/DOQI, Guidelines, 2002). В исследовании использовались валидные психологические методики: Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ); опросник Мини-мульт (сокращенный вариант ММРІ); опросник акцентуации личности по К.Леонгарду; «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте; Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE).

Результаты. СКФ составила $67,7 \pm 17,2$ мл/мин/1,73 м², ХБП со СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² диагностирована у 88 (43,3%) больных.

В структуре внутренней картины болезни у больных с ХСН независимо от функции почек выявлены сочетания следующих типов отношения к заболеванию: сенситивного ($69,2 \pm 21,9\%$), паранойального ($55,7 \pm 19,5\%$), неврастенического ($34,6 \pm 16,5\%$). Преобладающим типом отношения к заболеванию являлся сенситивный, характеризующийся чрезмерной озабоченностью о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. По результатам многомерной диагностики психологического профиля у больных с ХСН с ХБП по сравнению с больными с сохранной функцией почек отмечались повышенные показатели по шкале депрессии ($61,5 \pm 12,8$ и $56,8 \pm 14,4$ баллов соотв., $p=0,02$), шкале шизоидности ($64,7 \pm 10,1$ и $61,4 \pm 11,5$ баллов соотв., $p=0,04$), шкале психастении ($67,2 \pm 11,1$ и $62,7 \pm 11,1$ баллов соотв., $p=0,005$). Данные сочетания характеризуют соматизацию тревоги, эмоциональный дискомфорт, трудности адаптации, неуверенность при принятии решений. Наиболее напряженными механизмами психологической защиты у больных с ХСН с ХБП, так и у больных с сохранной функцией почек являлись «проекция» ($49,7 \pm 24,2$ и $48,5 \pm 24,8$ баллов соотв., $p=0,73$), «рационализация» ($35,9 \pm 21,1$ и $37,1 \pm 18,8$ баллов соотв., $p=0,67$), что указывает на чрезмерный контроль эмоций в конфликтной ситуации. Преобладающим типом акцентуации характера независимо от функции почек являлся эмотивный ($13,5 \pm 6,1$ балла), что указывает на повышенную

чувствительность, впечатлительность. У больных с ХСН с ХБП по сравнению с больными без ХБП был более высокий показатель по шкале тревожности ($9,2 \pm 6,4$ и $7,1 \pm 5,4$ баллов соотв., $p=0,01$), свидетельствующий о наличии реактивной и личностной тревоги. У каждого второго больного ХСН независимо от функции почек выявлены преддементные когнитивные нарушения, а у 23 (46%) - деменция легкой степени выраженности.

Заключение. Наличие ХБП у больных ХСН усугубляет эмоциональный дискомфорт, увеличивает уровень тревожности, наличие депрессивных, дезадаптивных тенденций.

ВКЛАД МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕПЕРФУЗИИ В СНИЖЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПОЛУЧИВШИХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Олейников В.Э.¹, Кулюцин А.В.^{1,2}, Адаева А.А.¹, Душина Е.В.¹, Куратникова Е.Н.², Андрианова Г.Е.²

¹ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

²ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза

Цель: сравнить госпитальную летальность пациентов с ОКС с подъемом ST, получивших только тромболитическую терапию и комбинированную (фармакологическую и механическую) реперфузию в первые 24 часа от начала заболевания.

Материалы и методы: исследование проведено как простое одноцентровое ретроспективное наблюдение в которое включено 213 пациентов с ОКС с подъемом ST. Диагноз устанавливался согласно критериям ВНОК. Всем пациентам на догоспитальном этапе либо в первые часы поступления в стационар выполнялась тромболитическая терапия и части пациентов в течение первых суток от начала заболевания коронарное вмешательство с установкой кобальтхромовых стентов (производитель: ЗАО НПП «МедИнж» (ООО «НаноМед»), Россия). При статистической обработке результатов исследования использовался пакет прикладных программ Statistica 6.0 компании StatSoft Inc. (США). В качестве порогового уровня статистической значимости принималось значение $p < 0,05$.

Результаты: среди включенных в исследование 167 мужчин и 46 женщин. Средний возраст пациентов $58,5 \pm 6,8$ лет. Всем пациентам на догоспитальном этапе выполнена системная тромболитическая терапия (ТЛТ) – в 74% случаев алтеплазой, в 26% - тенектеплазой. Среднее время от начала ангинозного приступа до ТЛТ $2,56 \pm 0,53$ ч. Среднее время от начала ангинозного приступа до выполнения коронарного вмешательства $5,35 \pm 10,55$ ч. Все пациенты помимо лечения, направленного на восстановление коронарного кровотока получали лекарственную терапию, согласно установленным стандартам и рекомендациям ведения больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

По объему реперфузионной терапии пациенты разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 87 (40,8%) пациентов которым проводилась только тромболитическая терапия. В группу 2 включены 126 (59,2) больных, которым после проведения тромболитической терапии выполнена коронарная ангиография с последующим стентированием инфарктсвязанной артерии. В среднем установлено $1,3 \pm 0,8$ стента с восстановлением кровотока TIMI 3 у 77%, TIMI 2 у 18%, TIMI 0-1 у 5% больных. Госпитальная летальность в группе 1 составила 16,1%, в группе 2 летальность была достоверно ($p = 0,0001$) ниже и составила 6,3%.

Выводы: проведение механической реперфузии у больных с острым коронарным синдромом в первые сутки от начала заболевания в дополнение к тромболитической терапии существенно (в 2,5 раза) снижает уровень госпитальной летальности.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Елисеева И.В., Волошина К.М., Гурина М.Ю.
ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза

Цель: анализ частоты приема статинов на амбулаторном этапе пациентами с острым коронарным синдромом (ОКС), а также оценка проводимой липидснижающей терапии при ОКС в стационаре и после выписки.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ 110 историй болезни пациентов с ОКС, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии с палатой реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко» в феврале 2013 года. В анализируемую группу вошли 75 мужчин (68,2%) и 35 женщин (31,8%), средний возраст составил $67,2 \pm 16,1$ лет, острый инфаркт миокарда отмечался в 56,5% случаев, нестабильная стенокардия – в 43,5% случаев. У 45 человек (40,9%) была выявлена отягощенная наследственность, у 39 (35,5%) – вредные привычки. 60 пациентам (54,5%) была проведена коронароангиография, которая в 38 случаях (34,5%) закончилась стентированием коронарных артерий. Исследовались исходные показатели общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), триглицеридов (ТГ), коэффициент атерогенности (КА), а также для оценки безопасности применения статинов исследовали исходные уровни печеночных трансаминаз аланин-, аспартатаминотрансферазы (АЛТ, АСТ) и креатинфосфокиназы (КФК).

Результаты: из 110 пациентов только 8 (7,2%) до развития ОКС принимали статины: аторвастатин в дозе 20 мг 3 человека (2,7%), симвастатин в дозе 10 – 20 мг 5 человек (4,5%). 68 пациентам (61,8%) в стационаре назначался розувастатин в средней дозе $17,8 \pm 4,2$ мг/сутки. Исходный уровень ОХ составил $5,36 \pm 1,6$ ммоль/л, ЛПНП – $3,8 \pm 1,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,2 \pm 0,3$ ммоль/л, ТГ – 1,7 (1,2; 2,5) ммоль/л; КА – 3,5 (2,7; 4,6). Показатель АЛТ у этих пациентов исходно был 29,3 (22,6; 61,8) Ед/л, АСТ – 28,9 (23,9; 44,5) Ед/л, КФК – 129,7 (70,7; 218) Ед/л.

Аторвастатин в стационаре назначался 28 пациентам (25,5%) в средней дозе $21,9 \pm 9,8$ мг/сутки. Исходный уровень ОХ составил 4,9 (4,1; 5,7) ммоль/л, ЛПНП – 3,4 (3,1; 4,2) ммоль/л, ЛПВП – 1,1 (0,9; 1,2) ммоль/л, ТГ – 1,5 (1,0; 2,7) ммоль/л; КА – 3,6 (2,9; 4,4). Показатель АЛТ у этих пациентов исходно был 31,1 (21,4; 44,4) Ед/л, АСТ – 33,1 (20,5; 49,6) Ед/л, КФК – 129,8 (73,9; 243,5) Ед/л.

Симвастатин в стационаре назначался 14 пациентам (12,7%) в средней дозе $19,2 \pm 2,9$ мг/сутки. Исходный уровень ОХ составил $5,2 \pm 1,1$ ммоль/л, ЛПНП – $3,7 \pm 0,9$ ммоль/л, ЛПВП – $1,1 \pm 0,3$ ммоль/л, ТГ – 1,6 (1,1; 1,9) ммоль/л; КА – 3,6 (2,5; 4,6). Показатель АЛТ у этих пациентов исходно был 35,9 (18,6; 62,3) Ед/л, АСТ – 35,4 (26,4; 44,9) Ед/л, КФК – 151,5 (89,1; 510,9) Ед/л.

После выписки из стационара розувастатин в средней дозировке $13,4 \pm 4,9$ мг/сутки был рекомендован 45 пациентам (40,9%), при этом 36 пациентам (32,7%) прием рекомендовалось продолжить; аторвастатин в средней дозировке $16,7 \pm 6,5$ мг/сутки рекомендовался 60 пациентам (54,5%), рекомендовалось продолжить его прием 20 пациентам (18,2%); симвастатин в средней дозировке $18 \pm 4,5$ мг/сутки назначался 5 пациентам (4,5%). Всем пациентам давались рекомендации по контролю показателей липидного обмена, АЛТ, АСТ, КФК через 3 – 4 недели после выписки из стационара.

Выводы: в исследуемой группе лиц, несмотря на наличие большого количество факторов риска сердечно-сосудистых катастроф, статины преимущественно использовались для вторичной, но не первичной профилактики острого коронарного синдрома. Контроль эффективности и безопасности проводимой терапии рекомендовался на амбулаторном этапе после выписки из стационара.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРИГИНАЛЬНОГО КЛОПИДОГРЕЛА И ДЖЕНЕРИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ТРОМБОЗОВ СТЕНТОВ

Олейников В.Э.¹, Кулюцин А.В.^{1,2}, Душина Е.В.¹, Адаева А.А.¹, Кулагина Ю.А.²,
Андриянова Л.П.², Смирнова Е.В.¹

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза

Цель: сравнить частоту ранних тромбозов стентов у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом ST (ОИМпST).

Материалы и методы: исследование проведено как простое одноцентровое ретроспективное наблюдение, в которое включено 287 пациентов с ОИМпST. Диагноз устанавливался согласно критериям ВНОК. Всем пациентам в течение первых суток от начала заболевания проводили коронарное вмешательство с установкой кобальтхромовых стентов (производитель: ЗАО НПП «МедИнж» (ООО «НаноМед»), Россия). Тромбоз стента подтверждался на аутопсии или коронарной ангиографии. При статистической обработке результатов исследования использовался пакет прикладных программ Statistica 6.0 компании StatSoft Inc. (США). В качестве порогового уровня статистической значимости принималось значение $p < 0,05$.

Результаты: среди включенных в исследование 212 мужчин и 75 женщин. Средний возраст пациентов $59,7 \pm 7,5$ лет. Всем пациентам выполнено чрескожное коронарное вмешательство с установкой кобальтхромовых стентов. Среднее время от начала ангинозного приступа до выполнения коронарного вмешательства $5,35 \pm 8,05$ ч. Помимо механической реперфузии, все пациенты, получали медикаментозную терапию, согласно установленным стандартам и рекомендациям ведения больных с ОИМпST. В зависимости от производителя препарата «клопидогрел» пациенты разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 98 (34,1%) больных, которые в составе двойной антитромбоцитарной терапии получали Клопидогрел (ЗАО «Биоком», Россия) в нагрузочной дозе 300 мг и поддерживающей дозе 75 мг в сутки. В группу 2 включены 189 (65,9%) больных, которые в составе двойной антитромбоцитарной терапии получали Плавикс® (SANOFI WINTHROP INDUSTRIE, Франция) в нагрузочной дозе 300 мг и поддерживающей дозе 75 мг в сутки. Обе группы были статистически сопоставимы по возрасту пациентов, наличию дислипидемии, сахарного диабета, статуса курения, предшествующих коронарных событий и результатам восстановления коронарного кровотока по шкале TIMI ($p > 0,05$). Однако в группе 2 было достоверно больше ($p = 0,01$) больных с сердечной недостаточностью 3-4 класса по Killip – 17 %, против 5% в группе 1, а также больных, которым установлено более 1 стента – 27% против 11% в группе 1 при значении $p = 0,003$. Частота ранних тромбозов стентов в группе 1 составила 5,1% с общей летальностью 4,0%. Частота ранних тромбозов стентов в группе 2 составила 5,8% с общей летальностью по группе 2,1%. Анализируемые группы не отличались по частоте раннего тромбоза стентов ($p = 0,07$), однако в группе 2 при наличии клинически и статистически значимо более тяжелых пациентов госпитальная летальность оказалась существенно ниже чем в группе 1 ($p < 0,05$).

Выводы: применение оригинального препарата Плавикс® в отличии от дженерика клопидогрела в эквивалентных дозах у больных с ОИМпST с имплантированными кобальтхромовыми стентами ассоциируется с уменьшением частоты ранних тромбозов стентов и приводит к достоверному 2-х кратному снижению госпитальной летальности.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ЦЕЛЬЮ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДБОРА СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТАДИИ, 1-2 СТЕПЕНИ

Олейников В.Э.¹, Кулюцин А.В.^{1,2}, Буданова В.А.¹, Андрианова Г.Е.², Андриянова Л.П.²,
Кулагина Ю.А.², Куратникова Е.Н.², Смирнова Е.В.¹

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза

Цель: определить клиническое значение и рассчитать диагностическую ценность вариабельности сердечного ритма в подборе антигипертензивной терапии.

Материалы и методы: объект исследования 68 пациентов артериальной гипертонией (АГ) 1-2 ст, 1-2 ст., средний возраст $47,1 \pm 1,8$ лет, продолжительность заболевания в среднем $8,5 \pm 1,5$ лет. С 1 степенью АГ 40 пациентов и 28 пациентов со 2-й степенью. Группа сравнения 35 здоровых добровольцев. Суточное мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности ритма сердца (ВРС) выполнено после отмывочного периода и на фоне 24-х недельной терапии эгилоком ретард или комбинации с гипотиазидом. Исследовано практическое значение и определена диагностическая ценность анализа временных показателей ВРС в предсказании потребности в комбинированной терапии метопрололом и гидрохлортиазидом у пациентов с АГ. Высокоточный метод - ретроспективная оценка способа достижения целевого уровня АД в подгруппах пациентов с разным уровнем ВРС. Конечная точка – применение комбинированной терапии. Статистическая обработка выполнена с использованием программы Statistica 6. Достоверность межгрупповых различий частоты комбинированной терапии проверялась с помощью точного критерия Фишера χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты: при сопоставлении временных показателей ВРС здоровых и больных в группе АГ выделены три подгруппы пациентов – с нормальными, высокими и низкими значениями ВРС. Данные подгруппы статистически не отличались по стадии, степени АГ, суточному профилю АД, эхокардиографическим показателям левого желудочка и продолжительности заболевания. В подгруппе с нормальной ВРС для достижения целевого уровня АД требовалась наименьшая средняя доза метопролола (110 мг/сутки) и реже чем в других подгруппах требовалась комбинированная терапия (у 15% больных, $p < 0,05$). В подгруппе с высокой ВРС средняя суточная доза метопролола составила 138 мг/сутки, а комбинация с гидрохлортиазидом применена у 25% больных ($p < 0,05$). Труднее всего достичь целевого уровня АД оказалось в подгруппе с низкой ВРС. Здесь не только наиболее часто приходилось использовать комбинацию антигипертензивных препаратов (53% больных), но и доза метопролола в виде монотерапии была самой высокой 220 мг/сутки ($p < 0,05$). Рассчитаны операционные характеристики ВРС: диагностическая чувствительность 62,5%, диагностическая специфичность 72%, диагностическая эффективность 67,3%, прогностическая ценность положительного результата 52,6%, прогностическая ценность отрицательного результата 79,3%.

Выводы: антигипертензивный эффект метопролола в подгруппах с разным уровнем ВРС не одинаков. Учет исходного уровня ВРС помогает оптимизировать стартовую терапию АГ, путем выделения группы пациентов с низким уровнем ВРС, в которой для обеспечения достижения целевого уровня АД целесообразно начало лечения с максимальной дозы в-блокатора или комбинированной терапии. Чувствительность анализа ВРС в идентификации пациентов с потребностью к комбинированной терапии составляет 62,5%, специфичность 72%.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ВЫЯВЛЕНИИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Васина Н.Н., Монахова И.А., Минеева Е.Г., Ильина Т.Ю., Степанова Н.А.
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается основной причиной в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в мире. В кардиологической практике применяют несколько видов диагностики ИБС, каждый из которых преследует свои конкретные цели. Однако, метод Холтеровского мониторирования стоит отдельно и наиболее информативен среди всех других, не использующих прямых вмешательств в сердечно-сосудистую систему.

Холтеровское мониторирование (ХМ) — это круглосуточная 24-, 48- или 72 - часовая непрерывная запись электрокардиограммы (ЭКГ) пациента, проводимая с помощью кардиорегистратора, укрепленного на пациенте. Данный метод позволяет выявить и провести анализ всех видов нарушений сердечного ритма, болевых и безболевых приступов ишемии миокарда. Такое суточное наблюдение позволяет точно поставить диагноз и намного повысить эффективность лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Диагностическая ценность метода ХМ определяется его чувствительностью и специфичностью. Для ХМ эти показатели значительно варьируют и во многом зависят от контингента обследуемых пациентов. Анализ литературы по вопросу диагностики ишемии миокарда показал, что чувствительность метода, основанная на оценке депрессии сегмента ST, составила 62%, специфичность — 61%. Известны работы, в которых указанные показатели были значительно выше — >80%.

В настоящее время общепризнано, что холтеровское мониторирование ЭКГ является единственным методом диагностики безболевой ишемии миокарда.

Безболевая ишемия миокарда — это эпизоды транзиторной кратковременной ишемии сердечной мышцы вследствие комбинации таких причин, как стеноз, спазм коронарных артерий и нарушение агрегации тромбоцитов, с возникновением изменений метаболизма, сократительной функции или электрической активности миокарда, но не сопровождающиеся приступами стенокардии или ее эквивалентами (одышкой, аритмией и другими неприятными ощущениями).

Патогенетические механизмы безболевой и болевой ишемии едины и обусловлены несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и коронарным кровотоком. Провоцировать ее может ряд факторов, характерных и для других форм ИБС: физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, курение, холод и пр. Эпизоды безболевой ишемии миокарда чаще возникают в утреннее и вечернее время, что соответствует циркадному ритму стенокардии. Увеличение числа эпизодов в утренние часы связано с физиологическими изменениями: увеличением частоты сердечных сокращений и артериального давления, активацией тромбоцитов, повышением уровня катехоламинов в крови, уменьшением фибринолитической активности.

Цель работы. Выявление ишемических изменений, в том числе и безболевой ишемии миокарда, по ХМ ЭКГ и оценка эффективности лечения.

Материал и методы. В условиях кардиологических отделений ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» за первый квартал 2014 года было обследовано 477 пациентов в возрасте от 18 до 86 лет (средний возраст 58,7 лет), из них мужчин 257 человек, женщин — 220. Диагноз ИБС выставлен у 456 пациентов. Из дальнейшего исследования были исключены лица, подлежащее призыву

на военную службу; беременные женщины; лица с имплантированными электрокардиостимуляторами (ЭКС), постоянной формой фибрилляции и трепетания предсердий.

В процессе исследования с целью оценки ишемии миокарда было проведено 24 часовое мониторирование ЭКГ обследуемой группы пациентов с использованием системы "Астрокард" по двум отведениям, расположенных на передней поверхности грудной клетки с использованием дневников пациентов, в которых отражена физическая активность больных в течение суток, зафиксированы приступы стенокардии и другие жалобы. Пациенты были четко проинструктированы относительно внимательной регистрации в дневнике приступов стенокардии, поскольку неотмеченные в дневнике приступы могут неправильно трактоваться как эпизоды безболевого ишемии миокарда.

Базовым критерием ишемии является депрессия сегмента ST, измеренная на расстоянии 60-80 мсек от точки J, длительностью не менее 1 мин, глубиной не менее 1 мм и с интервалом между двумя эпизодами не меньше 1 мин., а также элевация сегмента ST на 1 мм длительностью 60-80 мсек от точки J. Анализ ЭКГ, полученной с помощью холтеровского мониторинга, был направлен на оценку следующих параметров:

- максимальная депрессия или элевация сегмента ST;
- изменения сегмента ST во время максимальной и минимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС);
- график смещения и наклона сегмента ST за период исследования.
- суммарная (за весь период холтеровского мониторирования) продолжительность ишемии миокарда, в том числе и для бессимптомных изменений.

Последний показатель имеет важное прогностическое значение. Считают, что ишемия, продолжительность которой превышает 60 мин/сут, независимо от наличия стенокардии, повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в частности ИМ. Необходимо также отмечать появление во время ишемии миокарда нарушений ритма сердца, что не только имеет важное диагностическое значение, но и позволяет дифференцировать аритмогенные изменения сегмента ST.

Важным моментом исследования является связь депрессии сегмента ST с ЧСС. В большинстве случаев перед возникновением депрессии сегмента ST отмечается увеличение ЧСС и артериального давления (АД), что является свидетельством повышения работы сердца.

Результаты исследования. При анализе результатов холтеровского мониторирования ЭКГ было обнаружено, что у 87 пациентов (из общего числа обследуемых) выявлены признаки коронарной недостаточности. Из них у 15 пациентов отмечены эпизоды элевации сегмента ST, что составляет 17% от числа обследованных с выявленными признаками ишемии миокарда. У 72 пациентов верифицирована депрессия сегмента ST, что составляет 83%. Сопоставляя изменения сегмента ST по данным мониторирования с дневниковыми записями исследуемых пациентов авторы пришли к выводу, что безболевая ишемия составила 9% случаев от общего количества больных коронарной недостаточностью.

Выводы. Учитывая особенности метода холтеровского мониторирования, с его помощью можно диагностировать транзиторные ишемические изменения, сопровождающиеся стенокардией или ее эквивалентами, а также бессимптомные изменения, возникающие у больных с документированной ИБС. Диагностика эпизодов ишемии миокарда по результатам холтеровского мониторирования ЭКГ возможна только при наличии нормального синусового ритма и при отсутствии исходных изменений графики конечной части желудочковых комплексов.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДЕВИАЦИИ СЕГМЕНТА ST ПРИ ТЕЛЕМЕТРИИ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Олейников В.Э.¹, Кулюцин А.В.¹, Шиготарова Е.А.², Прогрессов А.Ю.², Чекушин А.А.²

¹ ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза

² ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко», Пенза

Цель: изучить значение динамики сегмента ST при телеметрическом мониторингировании ЭКГ у пациентов острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) для определения показаний к экстренной коронарной ангиопластике.

Материалы и методы: в исследование включено 25 пациентов с ОКСпST, 17 мужчин и 8 женщин с признаками эффективного тромболитического лечения, выполненного в течение первых 3-х часов с момента начала заболевания. Всем пациентам в условиях кардиореанимационного блока проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ с использованием комплекса «Астрокард® - Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия) с анализом динамики сегмента ST по 12-ти отведениям в автоматическом режиме с последующей врачебной верификацией.

Результаты: средний возраст пациентов $56,5 \pm 1,8$ лет. Среднее время от начала ангинозного приступа до ТЛТ $2,56 \pm 0,33$ ч. Пациенты разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 14 пациентов (56%), у которых не регистрировалось новых отклонений сегмента ST от изолинии в процессе мониторингирования. Пациентам данной группы экстренная коронарография не выполнялась, проводилась консервативная терапия по стандартам ОКСпST. При выполнении отсроченной коронарографии, выявлены хронические стенозы коронарных артерий без признаков тромбоза. Госпитальная летальность отсутствовала. В группу 2 включено 11 пациентов (44%), у которых через 98 ± 12 минут после выполнения эффективной ТЛТ зафиксирована реэлевация сегмента ST на 1 мм и более в 2-х смежных отведениях, продолжительностью более 1 минуты. Реэлевация сегмента ST предшествовала рецидиву ангинозного приступа на $15 \pm 7,5$ минут. Пациентам 2-й группы была выполнена экстренная коронарография. У 8 пациентов (72,7%) выявлены признаки тромбоза инфаркт-связанной коронарной артерии (TIMI 0-1) и выполнена экстренная ангиопластика с восстановлением кровотока по TIMI 2 у 25% пациентов и TIMI 3 у 75% пациентов. Ретромбоз инфаркт-связанной коронарной артерии в группе 2 встречался достоверно чаще в сравнении с пациентами группы 1 ($p < 0,0001$). У 4 больных данной группы с трехсосудистым поражением ангиопластика инфаркт-связанной артерии не выполнена по техническим причинам. Летальность в группе 2 составила 9% (1 больной) и статистически значимо превышала летальность в группе 1 ($p = 0,01$).

Выводы: реэлевация сегмента ST на 1 мм и более является достоверным диагностическим критерием ретромбоза инфарктсвязанной коронарной артерии. Телеметрическая регистрация ЭКГ позволяет идентифицировать пациентов, которым показано проведение экстренного чрескожного коронарного вмешательства после эффективной системной ТЛТ.

ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОАНГИОГЕНЕЗА В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Слатова Л.Н., Щукин Ю.В., Пискунов М.В., Ямщикова Е.Н.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Самара

Оценка активности воспалительно-деструктивных процессов представляет интерес для определения прогрессирования атеросклероза у пациентов с нестабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС). Одним из биомаркеров, определяющих нестабильность бляшки является сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF). VEGF играет большую роль в процессах неоваскуляризации, которые ассоциируются с возникновением разрыва бляшки.

Цели. Оценить содержание VEGF у пациентов с инфарктом миокарда и его колебание в зависимости от сроков заболевания.

Материалы и методы. В исследование были включены 43 пациента (возраст $68,2 \pm 13,4$ лет), находившиеся на лечении в кардиологическом отделении Клиник ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» с инфарктом миокарда (ИМ). Критериями исключения из исследования были инфекционные или воспалительные заболевания, перенесённые в течение 2 месяцев до госпитализации, оперативные вмешательства менее чем за 6 месяцев до включения в исследование, злокачественные новообразования и тяжелые сопутствующие заболевания, самостоятельно влияющие на прогноз. Выделены 2 группы: 1 группа – 22 пациента с ИМ с зубцом Q (10 женщин), 2 группа – 21 пациент с ИМ без зубца Q (14 женщин). Оценивались стандартные факторы риска, предшествующие кардиологический анамнез, наличие инсультов, заболеваний артерий нижних конечностей в анамнезе. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование и лечение, по показаниям – чрезкожное коронарное вмешательство, тромболизис. Измерение VEGF в крови проводили у пациентов из каждой группы в первые 24 часа от поступления и на 10-е сутки. Наблюдение за пациентами проводили в течение 3 месяцев после выписки из стационара методом телефонного опроса.

Результаты. Группы были сопоставимы по наличию основных факторов риска. Симптомные заболевания периферических артерий наблюдались у 3 (13,6%) пациентов из 1 группы и 6 (28,6%) обследуемых из 2 группы. Группы не имели значимых различий по уровню VEGF при поступлении ($p > 0,01$), снижение показателя к 10 дню было отмечено у 8 (36,3%) пациентов 1 группы и 11 (52,4%) пациентов 2 группы и не имело достоверной зависимости от поло-возрастных показателей и методов реваскуляризации миокарда. Тенденция к повышению уровня VEGF к концу госпитализации наблюдалось у 12 (54,5%) пациентов 1 группы, имеющих многососудистое поражение коронарных артерий, и 7 (33,3%) пациентов 2 групп, у 4 из которых наблюдались нарушения углеводного обмена. Летальные исходы, связанные с рецидивом атеротромбозов (инфаркт миокарда, инсульт), за время госпитализации отмечались в 2 (9,5%) случаях из каждой группы. При этом явления острого атеротромбоза развивались на фоне симптомного поражения артерий брахиоцефального ствола и артерий нижних конечностей и повышения уровня VEGF к 10 дню на 25% при исходных значениях, находившихся в пределах среднего.

Выводы. Определение биохимических маркеров нестабильности атеросклеротической бляшки в крови пациентов с нестабильным течением ИБС позволяют оценить активность иммунного воспаления. Это может являться дополнительным критерием для оценки степени риска и эффективности терапии ИБС у пациентов, перенёвших инфаркт миокарда.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Немченко Е.В., Павлов А.А.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно – сосудистой хирургии» Минздрава РФ, Пенза

Цель. Определение оптимальной тактики хирургического лечения ОКС на основании оценки результатов экстренного коронарного шунтирования при ранней хирургической стратегии.

Материалы и методы. С января 2009 по декабрь 2012 г в ФГБУ «ФЦССХ Минздрава России» (г. Пенза) экстренное КШ выполнено 104 пациентам. Прооперированных пациентов разделили на две хронологические группы; 1 группу вошло 50 (48%) пациентов, прооперированных с января 2009 по декабрь 2010 г, во 2 группу 54 (52%) пациентов, подвергшихся шунтированию с января 2011 по декабрь 2012 г. По основным клинико-демографическим показателям группы были статистически однородны ($p>0,05$). Оценка отдаленных результатов основывалась на данных опроса и физикального обследования (ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, ВЭМ, КШГ) пациентов обеих групп.

Результаты. Согласно новой тактике, удалось сократить время от момента поступления пациента в стационар до операции с $12,04\pm 2,4$ ч (1 группа) до $2,72\pm 1,1$ ч (2 группа), что позволило снизить в 3,5 раза уровень госпитальной летальности по сравнению с результатами более поздней реваскуляризации миокарда (1,9% против 6,9%, $p>0,05$) и уменьшить частоту периоперационных ИМ в 4 раза (4,3% против 17,4%, $p>0,05$). Летальность составила 4 (3,8%) пациента и не была связана с кардиальными проблемами. Выживаемость пациентов за период наблюдения – 96,2%. Рецидив стенокардии наблюдался у 18 (17,3%) пациентов; повторных реваскуляризаций выполнено 15 (14,4%). По данным КШГ проходимость артериальных шунтов составила $98,5\pm 0,8\%$, венозных – $84,15\pm 2,4\%$.

Выводы. Ранняя хирургическая стратегия при ОКС позволяет снизить уровень госпитальной летальности по сравнению с результатами более поздней реваскуляризации миокарда и уменьшить частоту периоперационных ИМ; отдаленные результаты экстренного КШ сопровождаются высокой выживаемостью больных, малым количеством повторных реваскуляризаций, а также хорошей проходимостью артериальных и венозных шунтов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ФЦССХ

Алленов А.А., Шматков М.Г., Базылев В.В.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно – сосудистой хирургии» Минздрава РФ, Пенза

Цель исследования: провести анализ результатов эндоваскулярного лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. В период с 2009 по 2013 годы в ФГБУ ФЦССХ было выполнено 5961 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Из них 307 пациентов (5,1%) с клинической картиной ОКС. Пациенты были сопоставимы по своим клинико-дермографическим характеристикам.

ЧКВ выполнялось пациентам с диагнозом: нестабильная стенокардия - 210 пациентам (66,5%); с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ) без подъема ST - 55 пациентам (19,1%); с диагнозом ОИМ с подъемом сегмента ST - 42 пациенту (10,3%); из них ОИМ, осложненный кардиогенным шоком - 9 пациентам (3,8%).

Первичному ЧКВ подверглись 234 пациента (76,2%). 73 пациентам (23,8%) выполнялась повторная реваскуляризация миокарда. В эту группу вошли пациенты ранее перенесшие аорто – коронарное шунтирование (АКШ) - 64 пациента (20,8%) и первичное ЧКВ - 9 пациентов (2,9%).

Результаты. Ангиографический успех составил 100%. Госпитальные результаты: летальность - 2 (0,7%), тромбоз стента - 3 (0,9%). Срок госпитализации составил $3,8 \pm 1,4$ койко-день.

В отдалённые сроки ($11,9 \pm 5,7$ месяцев) была изучена судьба 245 больных (79,7%). Выживаемость составила - 99,3%. Повторный инфаркт миокарда был отмечен у 2 пациентов (0,8%), рецидив стенокардии наблюдался у 27 пациентов (11,1%), повторные реваскуляризации перенесли 24 пациента (9,8%).

Выводы. Объемы выполнения ЧКВ при ОКС составляют 3,2% от всех вмешательств по поводу ИБС, включая хирургическое лечение, в ФЦССХ. Анализ демонстрирует высокую эффективность лечения, основанную на непосредственных и отдаленных результатах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ФЦССХ

Базылев В.В. Шматков М.Г. Алленов А.А.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно – сосудистой хирургии» Минздрава РФ,
Пенза

Введение.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, болезни системы кровообращения занимают первое место в структуре причин смертности в мире, причем смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) составляет 43% от других болезней систем кровообращения.

Термин ОКС введен в связи с необходимостью начала лечения до установления окончательного диагноза и подразумевает необходимость ведения пациентов как больных с инфарктом миокарда. На предварительном этапе диагностики не всегда можно дифференцировать нестабильную стенокардию и инфаркт миокарда, а также другие заболевания, имеющие сходную клинику, целесообразно выделять вероятный ОКС, как предварительный диагноз при неотложной госпитализации пациента, и предполагаемый ОКС, как вторичный диагноз в случае, если более вероятной причиной обращения выступает другое заболевание, но ОКС пока не исключен.

Современная тактика ведения пациентов ОКС подразумевает возможность раннего эндоваскулярного или хирургического вмешательства, особенно у больных с высоким риском неблагоприятного исхода.

Вместе с тем в литературе имеются и негативные данные, касающиеся мультифокального поражения в рамках первичного ЧКВ. В частности, при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST на фоне стресса и повышения уровня катехоламинов может иметь место переоценка значимости нецелевых стенозов коронарных артерий и неоправданное вмешательство на них. Помимо этого, выполнение стентирования у пациентов с технически сложным поражением коронарного русла сопряжено с повышением риска кардиальных осложнений и увеличением времени процедуры [7, 24].

До настоящего времени оптимизация стратегии лечения, выбора стента, факторы риска неблагоприятного течения ИБС у пациентов с ОКС и оценка качества жизни в отдаленном периоде после ЧКВ со стентированием являются важными и не до конца решенными вопросами.

Цель исследования.

Проанализировать ближайшие и средне-отдалённые клиничко-ангиографические результаты эндоваскулярного лечения ОКС.

Материалы и методы.

В период с 2009 по 2013 годы в ФГБУ ФЦССХ было выполнено 5961 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Из них 307 пациентов (2,6%) с клинической картиной ОКС. Клиничко-демографические показатели представлены в таблице № 1.

Таблица № 1. Клиничко-демографические характеристики пациентов.

	Кол-во пациентов (n=307)
возраст $\geq$ 60	187 (60,9%)
Мужчины	147 (47,8%)
Сахарный диабет	100 (32,5%)
Курение	155 (50,4%)

Артериальная гипертензия	141 (45,9%)
Ожирение II/III	89 (28,9%)
Диффузное поражение	42 (13,6%)
Нарушения ритма сердца	34 (11,1%)
ИМ в анамнезе	76 (24,7%)
Раннее ЧКВ	48 (15,6%)
Раннее АКШ	43 (14,1%)
Тахикардия	46 (14,9%)
ФВ ЛЖ < 50%	54 (17,5%)
Кол-во баллов по шкале SYNTAX	21,9±3,7
Изолированное поражение	230 (74,9%)
Поражение 2х сосудов	62 (20,1%)
Трёхсосудистое поражение	15 (4,9%)
Нестабильная стенокардия	220 (77,6%)
ОИМ бп ST	55 (17,9%)
ОИМ с подъемом ST	42 (13,6%)

Раннее ЧКВ выполнялось, в течение 40 минут от начала обращения в клинику ФГБУ ФЦЦХ, больным с диагнозом: нестабильная стенокардия - 220 пациентам (77,6%); с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ) без подъема ST - 55 пациентам (17,9%); с диагнозом ОИМ с подъемом сегмента ST - 42 пациенту (13,6%).

Первичный диагноз ОКС выставлялся при наличии у больных типичных ангинозных приступов продолжительностью 20 минут и более, изменений на ЭКГ в 12 отведениях и определение биомаркеров некроза (Тропонин Т и I, МВ-фракция креатинфосфокиназы), эхокардиографического исследования.

С целью антитромботической терапии при ОКС назначали пероральный прием клопидогреля в дозе 600 мг однократно и далее 75 мг ежедневно. Все больные принимали клопидогрель в сочетании с аспирином 100 мг. Во время процедуры больные получали внутривенно гепарин в дозе 100 ЕД/кг.

Средний возраст пациентов составил 57,1±7,9 года. Ранее перенесли ИМ 76 (24,7%) пациентов, аортокоронарное шунтирование (АКШ) – 43 пациента (14,1%), ЧКВ – 48 пациентов (15,6%).

Всем больным выполнялась коронарография по методике М. Judkins или К. Amplatz диагностическими катетерами от 6F до 7F трансфеморальным доступом по Сельдингеру. Контрастное вещество (Омнипак-350 или Ультравист-370) вводили в количестве от 5 до 8 мл на каждую инъекцию в КА.

При визуальном анализе оценивали основные КА и их ветви, определяли тип кровоснабжения, калибр, положение, характер контуров КА. При наличии поражения проводилась цифровая ангиометрия с помощью пакета штатных прикладных программ SIEMENS AXIOM Artis. Оценку тяжести поражения проводили по шкале SYNTAX score, согласно которой основное число пациентов входило в группу среднего риска.

Решение о тактике реваскуляризации рассматривалось индивидуально для каждого пациента и принималось коллегиально в составе комиссии: кардиохирург, эндоваскулярный хирург, кардиолог. Каждый специалист руководствовался своим опытом и действующими рекомендациями крупнейших мировых врачебных сообществ.

КА считались гемодинамически незначимо стенозированными в случае сужения их просвета менее 50% по диаметру и значимо – при стенозах более 50%. Неровностями контуров считали изменения просвета КА до 30% по диаметру. К многососудистым поражениям относили наличие стеноза более 70% по диаметру сосуда в одной из

главных КА (правая, огибающая или передняя нисходящая) со стенозом более 50%, по крайней мере, в одной коронарной артерии.

Все операции выполнены трансфеморальным доступом. Стентирование проводилось 307 пациентам. Всем пациентам были имплантированы: 270 стентов без лекарственного покрытия: Driver (Medtronic), Coroflex Blue (Bbraun) Coroflex Blue Neo (Bbraun); и 128 стентов с лекарственным покрытием: Cypher (Cordis), Resolute, (Medtronic), Xience V (Abbot).

Критерием успеха ЧТКА были устранение гемодинамически значимого стеноза с остаточным стенозом менее 50% диаметра сосуда и кровотоком не менее 2 степени по классификации TIMI без возникновения осложнений в течение периода госпитализации.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью системного пакета программ «STATGRAPHICS Plus for Windows» (Корпорация Майкрософт, 1990-2000). При использовании любых статистических методов и средств анализа статистически значимыми принимались различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты.

Непосредственная ангиографическая эффективность вмешательства составляла 100%.

Объективный показатель тяжести атеросклеротического поражения коронарного русла оценивалось по шкале SYNTAX и составил $21,9 \pm 3,7$. (таб. №1).

ЧКВ симптомсвязанной артерии (ССА) выполнялось в 267 случаях (86,9%). Полная реваскуляризация путем множественного стентирования (МС) КА выполнялась в 40 случаях (13,1%).

В интраоперационном и послеоперационном периоде наблюдали 9 случаев (3,8%) развития кардиогенного шока. Из них в одном случае (0,3%) отмечался летальный исход: пациент была экстренно доставлен в операционную для срочного проведения ЧКВ на фоне проведения сердечнолегочной реанимации. Данная процедура рассматривалась, как единственно возможная попытка отчаянного спасения на фоне уже резвившейся необратимой миокардиальной дисфункции. ТИА и инсульт после проведения ЧКВ отсутствовали. Тромбозов стента не выявлено. Результаты представлены в таблице №2.

Таблица № 2. Результаты клинического наблюдения непосредственных результатов в послеоперационном периоде.

	всего	НС (n=220)	ОИМ бп ST (n= 55)	ОИМ сп ST (n=42)
Летальный исход	1 (0,3%)	0	0	1
Тромбоз стента	0	0	0	0
Кардиогенный шок	9 (3,8%)	0	0	9 (3,8%)
Инсульт/ ТИА после ЧКВ	0	0	0	0

В отдаленном периоде (через 1,2 года $\pm$ 5 мес.) наблюдали 219 пациентов (71,3%). Из них в условиях стационара были повторно обследованы 82 пациента (37,4%). Остальные 137 пациентов (63,6%) были осмотрены в поликлинике. На момент опроса все пациенты были живы, из них подавляющее большинство воздержалось от госпитализации в связи с улучшением самочувствия и хорошей толерантностью к физическим нагрузкам.

Повторный ИМ был отмечен у 9 пациентов (4,1%). Вероятной причиной послужили выраженные диффузные изменения и прогрессирования поражения нативных артерий.

Всем пациентам перенесшим ИМ выполнена КАГ. При контрольном обследовании 6 пациентам (2,7%) были успешно выполнены повторные ЧТКА на синдром-зависимых артериях. У 1 пациента (0,4%) в связи с выраженным диффузными поражениями КА, наличием окклюзии ПНА в месте имплантации стента, была произведена безуспешная попытка реканализации. От оперативного лечения больной отказался.

2 пациентам (0,8%) в результате прогрессирования стенокардии, наличие рестеноза было выполнено повторное стентирование.

Результаты клинического наблюдения в течение года в исследуемых группах представлены в таблице № 3.

Таблица № 3. Результаты клинического наблюдения через год в группах с различными методами лечения

	всего	НС (n=157)	ОИМ бп ST (n= 30)	ОИМ сп ST (n=32)	P
Летальный исход	0	0	0	0	-
Повторный ИМ	9	1	4	4	0,4
Тромбоз стента	3	0	2	1	0,1
Рестеноз	31	28	2	1	0,5

Обсуждение.

Пациенты с клинической картиной ОКС являются крайне сложной категорией с неблагоприятным прогнозом без оказания эффективного лечения. О значении ОКС, к которому относят и инфаркт миокарда и НС, в формировании структуры заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний неоднократно свидетельствовали авторитетные клинические исследования. Так, по данным Европейского регистра “Euro Heart Survey I”, который охватывает 103 клиники в 25 странах Европы, с 2000 по 2001 г. смертность и развитие нефатального инфаркта миокарда (ИМ) после перенесенного ОКС составляли 13 % в год. Euro Heart Survey on Acute Coronary Syndromes II (ACS-II) включал 6385 пациентов 2004 года из 190 клиник 32 стран . Распределение по типам ОКС было сравнимо в обоих исследованиях – соответственно 42 и 47 % составили больные с ИМ, остальные выписаны с диагнозом ОКС без элевации ST. Смертность при ОКС без элевации сегмента ST в течение 30 дней практически не отличалась в двух исследованиях и составляла соответственно 3,5 и 3,4 % и уменьшилась при ИМ с 8,4 до 6,4 % .

В исследовании TIMACS (Timing of Intervention in Patients with Acute Coronary Syndromes): были озвучены результаты. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что раннее инвазивное лечение (проведение коронароангиографии и при необходимости – интервенционного вмешательства на коронарных сосудах или аортокоронарного шунтирования в первые 24 ч после начала ОКС без подъема сегмента ST) достаточно безопасно по сравнению с менее агрессивной терапией (отложенное интервенционное вмешательство, то есть как минимум через 36 ч от начала ОКС).

Влияние обеих стратегий на исходы было сравнимым: более агрессивная стратегия лечения данной категории больных не способствовала снижению риска смерти, повторного инфаркта или инсульта в течение 6 месяцев по сравнению с отложенным лечением, но, по крайней мере, не приводила к ухудшению прогноза

пациентов (9,7% в группе раннего лечения против 11,7% в группе отложенного вмешательства, $p=0,15$). Уровень серьезных геморрагических осложнений в обеих группах больных также был сравнимым (3,1 против 3,5% соответственно) и без статистически значимых различий. Однако в подгруппе высокого риска (по шкале GRACE) частота комбинированной конечной точки (смерть, повторный инфаркт или инсульт) на фоне раннего и отложенного интервенционного вмешательства составила 14,1 и 21,6% соответственно ($p=0,005$), а в подгруппе низкого и умеренного риска – 7,7 и 6,7% соответственно ($p=0,43$).

Результаты исследования TIMACS продемонстрировали превосходящие результаты у пациентов скорее при раннем, чем при отсроченном вмешательстве при НС/ИМбСТ, хотя снижение первичной конечной точки не достигло статистической значимости по всей популяции исследования. Тем не менее, рефрактерная ишемия была уменьшена за счет раннего подхода, как и риск смерти, ИМ и инсульта среди пациентов с максимальным тертилем ишемического риска, определенного по шкале рисков GRACE.

В исследовании ABOARD (Angioplasty to Blunt the Rise of Troponin in Acute Coronary Syndromes) сравнивали ангиографию и вмешательство, выполненные незамедлительно при поступлении пациента в стационар, с вмешательством, которое выполнялось на следующий день. Целью исследования было оценить насколько более агрессивная стратегия очень раннего вмешательства, аналогичная первичному ЧКВ при ИМбСТ, может привести к улучшению результатов у пациентов с ОКСбСТ. В 13 клиниках было рандомизировано 352 пациентов с нестабильными ишемическими симптомами, ЭКГ изменениями или повышением уровня тропонина в группу немедленной (в среднем 70 минут после включения) против отсроченной (в среднем 21 час) ангиографии и реваскуляризации. Фоновая антитромботическая терапия состояла из аспирина, клопидогрела в нагрузочной дозе ≥ 300 мг, абциксимаба во время ЧКВ и антикоагулянта по выбору исследователя. Первичной конечной точкой исследования был пиковый уровень тропонина I в течение периода госпитализации. Немедленное вмешательство не имеет каких-либо преимуществ в отношении первичной конечной точки (средний уровень тропонина I составил 2,1 против 1,7 нг/мл в группах немедленного и отсроченного вмешательства, соответственно). К концу 1 месяца не было выявлено даже тенденции к улучшению исходов по заданной клинической вторичной конечной точке смерти, ИМ или срочной реваскуляризации (13,7% против 10,2% в группах немедленного и отсроченного вмешательства, соответственно, $p=0,31$).

В новом варианте европейских клинических рекомендаций по тактике ведения больных с ОКСБПСТ впервые рассматривается возможность выполнения коронарной компьютерной томографической ангиографии в качестве альтернативного инвазивной ангиографии метода — с целью исключения ОКС у больных с низкой или средней вероятностью ишемической болезни сердца в тех случаях, когда как результаты теста на тропонин, так и данные электрокардиографии недостаточно информативны. Использование такой тактики исключения ОКС относится ко IIa классу рекомендаций с уровнем доказательности B. Такой класс рекомендаций свидетельствует о том, что не все эксперты безоговорочно поддерживают мнение о безопасности такого подхода. Напомним, что в соответствии с общепринятой практикой в такой ситуации ранее рекомендовали выполнение нагрузочной пробы.

Для хирургической реваскуляризации миокарда как одного из эффективных видов лечения ОКС сохраняются вопросы, требующие дальнейшего изучения. Так, в исследовании VANCWISH была обнаружена высокая периоперационная смертность (до 44%) при проведении экстренной хирургической реваскуляризации миокарда, которая приходилась на период лабораторных проявлений инфаркта. Сопоставимые данные

приведены Braxton J. с соавт. о 50% летальности у больных, подвергшихся коронарному шунтированию в первые 48 часов от момента развития Q-волнового инфаркта миокарда, осложненного ранней постинфарктной стенокардией.

Последующий мультивариантный анализ определил что операция, выполненная в этот период инфаркта миокарда, является независимым предиктором летальности. Вместе с тем, имеются и противоположные данные. Так в работе De Wood M., Berg R. у 701 пациента с инфарктом миокарда аортокоронарное шунтирование было выполнено в острый период, при этом смертность в период госпитализации составила 4,4%. Выживаемость в течение года оказалось выше в группе больных с нетрансмуральным инфарктом миокарда. По данным Kirklin J. не была обнаружена связь между сроком выполнения АКШ и смертностью. Такое разногласие мнений требует накопления и анализа собственных клинических наблюдений.

Однако клиническая практика представляет пациентов с нестабильным состоянием, для которых выполнение оперативного вмешательства является единственно спасительным. Это опять же диктует необходимость изучения как показаний к экстренной хирургической реваскуляризации миокарда, так и оптимизации повышения эффективности консервативного и/или интервенционного лечебных подходов.

Больные с кардиогенным шоком как осложнения острого коронарного синдрома - группа пациентов, наиболее резистентная к лечению. Исследования SHOCK, SMASH сформулировали мнение о том, что должна быть немедленная коронарография как только подозревается или развивается кардиогенный шок. Это позволяет в более ранние сроки выполнять реваскуляризацию миокарда. При этом выживаемость в течение года составляет 46,7% в группе немедленной реваскуляризации и 33,6% - в группе с отсроченной реваскуляризацией с предварительно исходной консервативной стабилизацией ($p < 0,05$). Таким образом, диагностика пациента с ОКС требует разработки критериев, имеющих прогностически неблагоприятную значимость. Далее должно приниматься решение о методе реваскуляризации, основанное на мастерстве и опыте персонала и характеристике коронарного повреждения. Данные регистра имеют единое мнение о том, что интервенционные процедуры при кардиогенном шоке имеют лучшие результаты в высокопрофессиональных центрах. Рандомизированные контролируемые исследования результатов лечения больных с применением стентов с лекарственным покрытием по сравнению со стентами без покрытия показали значительное сокращение случаев повторного вмешательства, но с сопоставимыми показателями смертности и развития инфаркта миокарда.

Достижения в области эндоваскулярной реваскуляризации миокарда привели к широкому использованию стентов с лекарственным покрытием у пациентов со сложными анатомическими особенностями коронарного русла, однако большинство рандомизированных исследований, посвященных сравнению стентирования коронарных артерий стентами с лекарственным покрытием и без такового, исключали этих больных. Согласно действующему руководству (ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization 2010), коронарное шунтирование остается выбором лечения больных с тяжелой ОКС без подъема ST, в том числе с поражением ствола левой коронарной артерии и поражением более трех коронарных артерий.

В последнее время во многих работах демонстрируются хорошие госпитальные результаты ЧКВ в том числе при ОКС. Тем не менее, у разных исследователей отмечается большой разброс цифр госпитальной летальности (от 8% до 58%). Как правило, это обусловлено различным составом больных, в частности, с ОКСпST и кардиогенным шоком. Как показано Jensen и соавт. прогноз при ЧКВ СтЛКА и ОКСпST

хуже, чем при ОКСбпST. Поэтому, в исследованиях, включающих много пациентов с ОКСпST, летальность обычно выше.

В ходе нашего исследования на протяжении 30 дней смертность составила 0,3%. Такие осложнения, как ТИА и мозговой инсульт отсутствовали. Клинику кардиогенного шока наблюдали в 3,8% случаев. Таким образом, суммарный процент осложнений на протяжении 30 дней составил 4,1%, что не противоречит данным мировых исследований.

Реваскуляризация миокарда у пациентов с ОКС чаще требовала проведения ЧТКА симптомсвязанной артерии ($p < 0,05$),

Заключение.

Объемы выполнения ЧКВ при ОКС составляют 3,2% от всех вмешательств по поводу ИБС, включая хирургическое лечение, в ФЦССХ. Наш опыт эндоваскулярного лечения острого коронарного синдрома показал высокую эффективность непосредственных результатов и не противоречит данным мировых и рандомизированных исследований.

УРОВЕНЬ СЕРДЕЧНОГО ТРОПОНИНА I ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Фролов А.А., Шарабрин Е.Г., Фомин И.В., Починка И.Г.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13», г. Нижний Новгород
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», Минздрава РФ,
Нижний Новгород

Цель: оценить взаимосвязь между максимальным уровнем тропонина I при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ) и выраженностью хронической сердечной недостаточности (ХСН) через 12 месяцев.

Материалы и методы: проведено наблюдательное исследование. Включено 45 пациентов с ИМПСТ. Дополнительными критериями включения являлись: 1) отсутствие предшествующего коронарного анамнеза, 2) сроки госпитализации не позднее 72 часов от начала симптомов. Пациенты подверглись различным вариантам реперфузионной терапии: первичное чрескожное коронарное вмешательство получили 7 больных (15%), фармакоинвазивное лечение - 12 (27%), только тромболитическую терапию - 9 (20%), не получали реперфузионную терапию 17 пациентов (38%). В индексную госпитализацию выявляли максимальное зарегистрированное значение сердечного тропонина I. Последний измеряли количественным методом на аппаратах RAMP 200 (Response Biomedical Corporation) и Architect 2000 (Abbott). Через 12 месяцев после индексной госпитализации пациентам проводили тест 6-минутной ходьбы (Т6МХ) и выполняли эхокардиографию (ЭХО-КГ). На основании результатов Т6МХ определяли функциональный класс (ФК) ХСН по классификации NYHA. ЭХО-КГ выполняли на аппарате «Logiq E9» (General Electric) по стандартной методике с определением фракции выброса (ФВ) левого желудочка по Simpson. Количественные данные представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica 10.0 (StatSoft).

Результаты: в течение 12 месяцев наблюдения в исследуемой когорте скончались 8 пациентов. Максимальный уровень тропонина I в индексную госпитализацию у выживших пациентов достоверно не отличался от уровня тропонина у умерших больных. У выживших тропонин составил 26,9 [16,0; 38,8] нг/мл против 31,7 [17,8; 45,4] нг/мл у умерших, $p=0,5$ (критерий Манна-Уитни). Выявлена сильная обратная связь между максимальным уровнем тропонина I в индексную госпитализацию и сократительной способностью миокарда через 12 месяцев: коэффициент корреляции между значением тропонина и ФВ составил $r = -0,8$, $p < 0,001$ (метод Спирмена). Обнаружена связь между уровнем тропонина во время инфаркта миокарда и толерантностью к физической нагрузке через 12 месяцев: коэффициент корреляции между значением тропонина и ФК ХСН составил $r = 0,4$, $p = 0,014$ (метод Спирмена).

Выводы: максимальный уровень сердечного тропонина I при инфаркте миокарда является предиктором развития хронической сердечной недостаточности в течение последующих 12 месяцев. Исследование тропонина может использоваться не только как критерий диагностики инфаркта, но и для количественной оценки объема необратимо поврежденного миокарда.

ОРГАНИЗАЦИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ОБЛАСТИ

Ашанина Н. Н., Грекова Н.В.
ГБУЗ «Пензенский областной медицинский
информационно-аналитический центр», Пенза

Болезни системы кровообращения (БСК) являются наиболее распространенными в структуре общей заболеваемости взрослого населения Пензенской области – 21,1%. Заболеваемость инфарктом миокарда в 2013 году составила 235,0 на 100000 взрослого населения, в 2012г. – 250,9 (РФ – 155,3), в 2011г. – 277,2 (РФ – 155,6). Смертность от инфаркта миокарда за 2013 год составила 38,9 на 100000 населения, в 2012г. – 40,7 (РФ – 47,1), в 2011г. – 39,7 (РФ – 45,5).

Высокая распространенность БСК, тяжесть клинических проявлений определяют приоритетность вопросов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и развития специализированной кардиологической помощи. Государственная программа развития здравоохранения РФ предусматривает снижение смертности от болезней системы кровообращения (на 100000 населения) до 622,4 в 2020 году.

В соответствии с Приказом Минздрава России №918н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Пензенской области организованы региональный сердечно – сосудистый центр на базе ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и первичные сосудистые центры на базе ГБУЗ ГКБМСП им. Г.А. Захарьина, ГБУЗ Городская больница №1, ГБУЗ Каменская МРБ, ГБУЗ Кузнецкая МРБ, ГБУЗ Нижнеломовская МРБ и ГБУЗ Сердобская МРБ им. А.И. Настина для оказания квалифицированной помощи больным с инфарктами миокарда и инсультами. В сосудистых центрах области работает 41 кардиологи развернуто 247 коек для пациентов с инфарктом миокарда и 24 кардиологические койки интенсивной терапии, 263 койки для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и 24 неврологические койки интенсивной терапии.

За 2013 год на догоспитальном этапе проведено 182 тромболизиса больным с инфарктом миокарда (2012г. – 107), что существенно улучшает прогноз исхода заболевания, снижает процент инвалидизации и смертности больных с данной патологией. В региональном сосудистом центре выполнено 704 ангиопластики коронарных артерий, из них 530 со стентированием.

	Количество выписанных с острым инфарктом миокарда из стационара		Количество умерших от острого инфаркта миокарда в стационаре		Летальность (в %)	
	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.
Областные организации	685	730	77	74	10,10	9,20
в т.ч. ОКБ им. Н.Н.Бурденко	683	730	72	72	9,54	8,98
ФГУ ФЦССХ	110	2	16	4	12,70	66,67
г. Пенза	1313	1463	202	205	13,33	12,29
Область	2705	2672	392	370	12,66	12,16

Летальность от инфаркта миокарда по области снизилась с 12,66% до 12,16%, по областным ЛПУ – с 10,10% до 9,20%. В ОКБ им. Н.Н.Бурденко, как и в прошлом году, умерло 72 человека, летальность снизилась с 9,54% до 8,98%.

По медицинским организациям г. Пензы летальность снизилась с 13,33%, до 12,29%, умерло 205 пациентов (2012г. – 202). В ГБУЗ №1 летальность – 11,43% (из 726 лечившихся умерло 83).

Существенным вкладом в улучшение показателей доступности и обеспеченности населения ВМП в целом по области стало введение в эксплуатацию в 2008 году федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии», г. Пенза и значительное увеличение объёмов ВМП по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия». Ежегодно количество оперативных вмешательств жителям Пензенской области на базе Кардиоцентра ВМП увеличивается:

2009 год – 1568 больных, (52% от общего числа пациентов, пролеченных в Кардиоцентре),

2010 год – 1958 больных (44%),

2011 год – 2194 больных (43%),

2012 год – 2056 больных (40%).

За 2013 год в Кардиоцентре пролечено 2086 больных (42%).

В 2013 году смертность населения от БСК сократилась на 4,9% и составила – 928,8 на 100 тыс. населения. Положительная динамика стала результатом комплекса мер по совершенствованию медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой систем.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОКС И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В КЛИНИКАХ САМГМУ

Щукин Ю.В., Рябов А.Е., Пискунов М.В., Германов А.В.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Самара

Клиники ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» (СамГМУ) представляют собой крупнейшее федеральное многопрофильное лечебное учреждение г. Самары для оказания специализированной медицинской помощи населению города и Самарской области, а также соседних областей Поволжья. В составе клиник 56 лечебных отделений на 1100 коек. Именно в клиниках СамГМУ в 60-е годы XX века благодаря усилиям профессоров С.В.Шестакова и Г.Л. Ратнера и их учеников создавалась научно-практическая кардиологическая школа, из которой вышло большинство работающих в настоящее время специалистов-кардиологов города и области. В клиниках работают два кардиологических отделения общей мощностью 75 коек.

При организации работы отделений обязательными условиями являлись: наличие специализированных кардиологических коек в отделении реанимации и интенсивной терапии; двух рентгенооперационных для эндоваскулярных вмешательств; инструментальный и лабораторный диагностический блок, включающий возможность круглосуточного определения маркеров некроза миокарда, круглосуточного ультразвукового исследования сердца и ЭКГ-мониторирования; возможность проведения экстренного АКШ в случае возникновения осложнений в виде десекции атеросклеротической бляшки при эндоваскулярном вмешательстве или проведение АКШ при невозможности проведения эффективного ЧКВ и при экстренной госпитализации больных с критическим поражением ствола. Это потребовало параллельной работы кардиологов в приемном покое и отделениях, а также бригад кардиохирургов, анестезиологов клиник. Обязательным условием также являлась возможность экстренной временной кардиостимуляции с последующей плановой имплантацией ЭКС при развитии высоких блокад и отказе синусового узла.

Особенностью работы кардиологических отделений в условиях многопрофильного учреждения является большой объем консультативной помощи в других отделениях. Это связано с наличием трех хирургических отделений, в том числе, и отделений сердечнососудистой хирургии и хирургической ангионеврологии, где непосредственно проводятся плановые операции АКШ и операции на экстракраниальном и интракраниальном отделах ВСА с возможностью развития острой коронарной недостаточности. Однако большим преимуществом работы по оказанию экстренной помощи больным ОКС и НС в условиях многопрофильного стационара является возможность экстренных консультаций больных другими специалистами в ходе проведения дифференциальной диагностики заболеваний, а также при комбинированной патологии. Ежегодно в отделениях кардиологии получали лечение около 2000 пациентов из них 130 больных инфарктом миокарда. Занятость койки - 350. Выполнены 63 экстренных ЧКВ при ОКС с подъемом сегмента ST как самостоятельный метод лечения или в комбинации с тромболитической терапией. Этапы оказания помощи включают в себя: осмотр дежурным кардиологом в приемном покое для принятия решения о целесообразности экстренного ЧКВ с определением маркеров некроза, ЭКГ и ЭхоКС и возможностью проведения ФГС и решение вопроса о необходимости пребывания в отделении реанимации; второй этап – лечение в кардиологическом отделении в течение 1-5 суток, третий – перевод больного для долечивания в отделения второго порядка и санаторно-курортный этап реабилитации.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 2013 Г

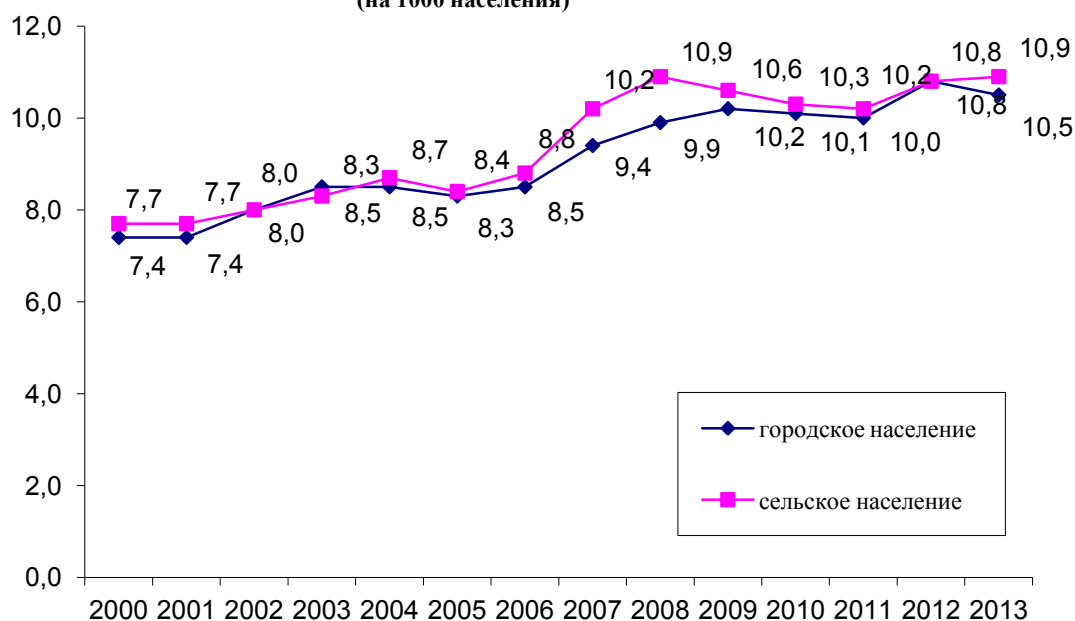
Ашанина Н. Н.; Фролова Л.С.

ГБУЗ «Пензенский областной медицинский
информационно-аналитический центр», г. Пенза

На начало 2014 года численность сельского населения области составила 435,7 тыс. человек. С 2000 года численность сельского населения сократилась на 95,4 тыс. человек.

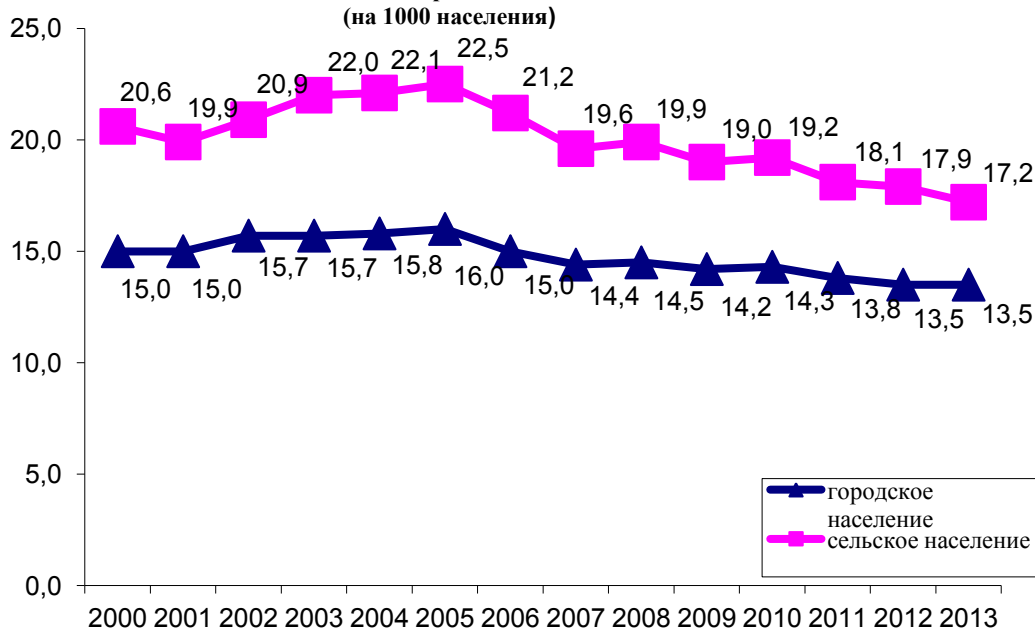
Естественная убыль сельского населения формировалась в основном за счет превышения смертности над рождаемостью.

Динамика общего коэффициента рождаемости населения
в сельской и городской местности
(на 1000 населения)



С 2000 года рождаемость на селе выросла с 7,7 до 10,9 на 1000 населения.

Динамика общего коэффициента смертности населения
в сельской и городской местности
(на 1000 населения)



Наибольший за последние 13 лет коэффициент смертности отмечен в 2005 году: на селе – 22,5, в городе – 16,0.

Максимальное превышение показателя смертности сельского населения над городским отмечается в 2006 году – на 41,3%, минимальное – в 2013 году – на 27,4%.

Смертность сельского населения от болезней системы кровообращения на 32,5% выше, чем у городского (1114,3 и 840,9 соответственно); от внешних причин – на 38,1% выше (165,5 и 119,8); от болезней органов дыхания выше почти в 2 раза (78,9 и 40,7). Смертность от новообразований на селе практически на том же уровне, что и в городе – 205,2 и 209,4.

Общая заболеваемость сельского населения на 8,1% ниже, чем в целом по области, а впервые выявленная заболеваемость ниже на 11,9%.

В сельских поселениях высокая доля лиц старше 70 лет, прикрепленных для медицинского обслуживания к амбулаториям и участковым больницам (более 15%). Актуальной остается помощь населению, оказываемая фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП). В области работают 538 ФАП. В среднем в день на одном ФАП зарегистрировано 9,7 посещений на приеме и 3,6 – на дому. Количество вызовов скорой помощи в населенные пункты в районе обслуживания ФАП 104,9 на 1000 населения, что меньше, чем по области – 299,3.

Доступность специализированной медицинской помощи сельскому населению обеспечивают межрайонные центры специализированной медицинской помощи, которые оказывают медицинскую помощь по наиболее востребованным, приоритетным профилям. Активно внедряются выездные формы работы. За 2013 год выполнено 6314 выездов врачебных бригад районных больниц, осмотрено 239908 человек.

В 27 районах области организованы 114 домовых хозяйств. В 2013 году неотложную помощь получили 4364 человека, в среднем в одном домовом хозяйстве помощь оказана 38 обратившимся.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

	2011 год			2012 год		
	Все население	Городское население	Сельское население	Все население	Городское население	Сельское население
Оба пола	70,2	70,90	68,80	70,87	71,69	69,22

Благодаря проводимым мероприятиям отмечается рост ожидаемой продолжительности жизни. С 2000 года ожидаемая продолжительность жизни сельского населения выросла на 3,66 лет.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 2013 Г

Ашанина Н. Н., Васякина Е. И., Тимофеева Е. В.

ГБУЗ «Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр»,
Пенза

Острые нарушения мозгового кровообращения продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

В области ежегодно инсульт переносят около 1800 человек.

В Пензенской области заболеваемость инфарктом мозга в 2013 году составила 396,3 на 100 тысяч населения, что выше, чем по России – 207,3. Заболеваемость геморрагическим инсультом – 71,0 также выше Российского показателя 43,6.

Среди причин смерти в области цереброваскулярные заболевания занимают третье место после ишемической болезни сердца и новообразований, показатель составляет 146,7 на 100000 населения.

От ОНМК умерло 1757 человек, из них 56% женщин и 44% мужчин. Хотя 84% умерших от инсульта приходится на возрастную категорию старше 60 лет, ОНМК представляют существенную проблему и для лиц трудоспособного возраста, так в возрасте от 41 до 60 умерло 153 человека (14,1%) и 23 (1,5%) в возрасте до 40 лет.

Смертность от геморрагического инсульта в 2013 году составила 37,4, что выше, чем по РФ на 16,6%. Умерло 510 человек, в том числе 314 городских жителей (показатель 33,9 на 100000 городского населения) и 196 – сельские жители (44,7 на 100000 сельского населения).

Смертность от инфаркта мозга – 90,9 на 100000 населения и выше, чем по РФ 63,0. Умер 1241 человек, в том числе 867 городских жителей (93,6) и 374 – сельских (85,3).

Летальность у больных с инсультами во многом зависит от условий лечения в остром периоде. Неотложная госпитализация в ранние сроки с момента возникновения первых симптомов чрезвычайно важная задача госпитального этапа, от которой зависит исход заболевания.

В области выстроена система маршрутизации больных с заболеваниями системы кровообращения. Организована работа сосудистого центра на базе ОКБ им. Бурденко и первичных сосудистых отделений на базе ГКБСМП им. Захарьина, Городской больницы № 1, Нижнеломовской, Кузнецкой, Каменской и Сердобской МРБ, где было пролечено 87,4% всех больных с ОНМК, из них 89,2% поступили в первые сутки от начала заболевания. В сравнении с 2012 годом летальность в стационаре снизилась с 19,62% до 18,91%, умерло 1040 человек (из них 64% от инфаркта мозга и 36% от геморрагического инсульта).

Основное значение в снижении заболеваемости, смертности и инвалидизации вследствие ОНМК принадлежит первичной профилактике, включающей регулируемые социальные, бытовые и медицинские факторы риска. Для этого в области были реализованы программы развития здравоохранения, такие как приоритетный национальный проект «Здоровье», программа модернизации здравоохранения Пензенской области и в настоящий момент реализуются долгосрочные целевые программы в сфере здравоохранения (Программа развития здравоохранения Пензенской области до 2020 года и Государственная программа «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 гг.»).

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Прогрессов А.Ю., Новиков А.В., Козылов Ю.Я.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н.Бурденко», Пенза

Актуальность проблемы. На долю ишемического инсульта приходится 80-85% всех инсультов, которые являются второй-третьей по частоте причиной смертности населения и первой по частоте причиной инвалидности лиц среднего и пожилого возраста. В настоящее время лечение пациента в специализированных отделениях, в которых используют эффективные методы терапии, приводит к снижению смертности от инсульта в среднем на 20%, инвалидизации на 30%.

К венозным тромбо-эмболическим осложнениям относят тромбоз подкожных и глубоких вен голени и тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) - острую окклюзию тромбоэмболом ствола, одной или нескольких ветвей легочной артерии. Массивная ТЭЛА (поражение ствола и главных легочных артерий) является одной из частых причин смертности в стационарах различного профиля. По материалам ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н.Бурденко» за период 2010-2012 гг., общая летальность от ТЭЛА в неврологическом отделении для лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения среди пациентов с ишемическими инсультами составила 1,8%. В процентном соотношении 62,2% - мужчины, 37,8% - женщины. Среди них мужчин трудоспособного возраста - 56,5%, женщин - 28,6%.

При ишемическом инсульте ВТЭО чаще всего вызваны тромбозом глубоких вен нижних конечностей, почти в половине случаев они протекают с невыраженной клинической картиной и поэтому не диагностируются. Тромбоз вен нижних конечностей чаще развивается или преобладает в парализованной ноге. Ультразвуковое дуплексное сканирование или МРТ позволяют диагностировать тромбоз вен нижних конечностей, уточнить его локализацию, определить протяженность и подвижность тромба (флотирующий тромб).

ТЭЛА является третьей по частоте причиной смерти при ишемическом инсульте, уступая лишь поражению головного мозга и вторичным инфекционным осложнениям. Поставить диагноз ТЭЛА помогают изменения ЭКГ, свидетельствующие о перегрузке правого желудочка, изменения при рентгенологическом исследовании легких, а также результаты МРТ легких. В крови обычно обнаруживают нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом вправо, продукты деградации фибриногена, в частности D-димера фибрина.

Подходы к профилактике. Для предотвращения венозного тромбоза предложены различные физические (механические) и фармакологические средства.

К первой группе относят разные способы ускорения венозного кровотока, что препятствует одному из важнейших факторов в генезе тромбообразования: застою крови в венах нижних конечностей. Венозный застой предотвращают: ранняя активизация пациентов, эластическая компрессия нижних конечностей (предпочтительнее использование с этой целью специальных эластических гольфов и чулок, обеспечивающих максимальное давление на уровне лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении); прерывистая пневмокомпрессия ног с помощью специальных компрессора и манжет, разделенных на несколько камер, в которые попеременно подается воздух; «ножная педаль», позволяющая добиваться пассивного сокращения икроножных мышц.

В числе общих мер, которые также могут сыграть профилактическую роль следует упомянуть: обеспечение адекватной гидратации, использование нормоволемической гемодилюции, лечение дыхательной и циркуляторной недостаточности. Хирургические методы профилактики включают, в первую очередь, имплантацию кава-фильтров, которую чаще применяют не для проведения первичной профилактики, а лишь по особым показаниям. Съёмные кава-фильтры устанавливают при угрозе отрыва флоттирующего тромба, либо при ТЭЛА с неустановленным источником (как правило, сроком на две недели), а постоянные - при отсутствии ответа на антикоагулянты, при наличии абсолютных противопоказаний со стороны пациента к их применению, а также по некоторым другим специальным показаниям, например, при рецидивировании тромбоэмболии. Кава-фильтры, таким образом, обеспечивают эндоваскулярную профилактику при возникновении опасности ТЭЛА.

Медикаментозная профилактика. Наиболее эффективная лекарственная профилактика ВТЭО включает парентеральное введение антикоагулянтов в виде обычного нефракционированного (НФГ) или фракционированного низкомолекулярного (НМГ) гепарина в соответствии с национальными и международными рекомендациями по ведению больных ишемическим инсультом. НФГ вводят подкожно в дозе 15000-20000 ЕД/сут, которую делят на 4 приема. НМГ обычно применяются 2 раза в сутки: клексан - 40 мг/сут, фраксипарин - 0,3-0,6 мл.

Если при ишемическом инсульте развивается тромбоз глубоких вен голени, показано введение НФГ внутривенно болюсно в дозе 5000 ЕД с начальной скоростью 18 ЕД/кг/ч (или 1250-1300 ЕД/ч) с последующим подбором дозы по значениям активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), которое должно в 1,5-2,5 раза превзойти верхнюю границу нормы АЧТВ для конкретной лаборатории. Возможно введение внутривенно болюсно 5000 ЕД НФГ и затем подкожно 450 ЕД/кг/сут каждые 8 ч с подбором дозы под контролем АЧТВ. Аналогичная терапия проводится при развитии ТЭЛА или подозрении на нее. Можно использовать и НМГ. Клексан назначают в дозе по 100 МЕ/кг 2 раза в сутки, фраксипарин - 86 МЕ/кг 2 раза в сутки.

В настоящее время в клинической практике предпочтение отдается низкомолекулярным гепаринам, т.к. они оказывают хороший профилактический эффект, применять их удобнее, а число геморрагических осложнений ниже.

Профилактически антикоагулянты должны назначаться в течение не менее 7-10 дней, их введение необходимо вплоть до полной мобилизации пациента.

Использование малых доз аспирина в качестве дезагреганта является эффективной мерой предотвращения артериального ретромбоза. В отношении ТГВ профилактический эффект его также зарегистрирован, однако он существенно уступает таковому при использовании антикоагулянтов и даже эластической компрессии.

Больные с высоким риском кровотечений, как вследствие нарушений свертывания крови, так и из-за специфических хирургических процедур, должны получать механические методы профилактики.

Экономические аспекты применения низкомолекулярных и нефракционированного гепаринов. В целом в остром периоде инсульта стоимость лечения больного НМГ выше, чем НФГ. Однако, при использовании НМГ уменьшается частота ВТЭО, что может привести к снижению общей стоимости лечения. Методы первичной профилактики являются экономически оправданными с позиций минимизации расходов на лечение.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА ФОНЕ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Володюхин М.Ю., Алексеев А.Г., Данилов В.И., Шаяхметов Н.Г.
ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», Казань, Россия

Цель: В данной работе приведен пятилетний опыт применения эндоваскулярного лечения пациентов в остром периоде субарахноидального кровоизлияния (САК) на фоне разрыва аневризм головного мозга.

Материалы и методы: В период с 2008 по 2013 год в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ МКДЦ было выполнено 326 эндоваскулярных эмболизаций аневризм головного мозга у 335 пациентов. Апоплексическая форма течения наблюдалась у 228 пациента (69,9%). В остром периоде САК (сроки до 2-х недель от начала заболевания) эндоваскулярное выключение аневризм головного мозга было выполнено у 91 пациента. Средний возраст пациентов составил 48 лет, среди оперированных пациентов женщин - 61%. Тяжесть состояния пациентов при поступлении по шкале Hunt Hess (НН) оценивалась в 1 балл у - 14,3% пациентов, НН-II - 37,4%, НН-III 41,7%, НН-IV 6,6%. В 35,2% случаев оперировались пациенты с локализацией аневризмы развилки переднемозговой-переднесоединительной артерии. Частота оперативного вмешательства при аневризме среднемозговой артерии составила 24,4%. Аневризмы супраклиноидной локализации наблюдались в 29,6%, вертебро-базиллярном бассейне в 8,1%. В большинстве случаев применяли направленную эмболизацию без применения ассистирующих пособий. Химическая ангиопластика была выполнена 20 пациентам. Баллонная ангиопластика интракраниальных артерий в связи с клиническим проявлением вазоспазма выполнена пяти пациентам.

Результаты: Технический успех вмешательства составил 98%. В одном наблюдении эмболизация не выполнялась в связи с наличием широкой шейки аневризмы (операция выполнена в холодном периоде с применением стент ассистирующего пособия). У пациента с аневризмой калезомаргинальной артерии не удалось выполнить катетеризацию аневризмы из-за выраженной извитости внутренней сонной артерии. Разрыв аневризм во время вмешательства наблюдался у 10,8% пациентов. Частота тромбоэмболических осложнений составила 14,8% наблюдений. Грубый неврологический дефицит, связанный с осложнениями во время вмешательства составил 6,75%, процедур связанная летальность - 9,45%.

Двадцати пациентам в связи с выраженным вазоспазмом по данным транскраниальной доплерографии выполнена химическая ангиопластика. У 8 (40%) пациентов применение химической ангиопластики позволило стабильно снизить скоростные показатели кровотока, у 12 пациентов наблюдалось временное снижение скоростных показателей с последующим их повышением в течении 2-3 суток наблюдения. Клинические проявления вазоспазма в виде появления ишемических неврологических расстройств наблюдалось у 8 пациентов. Пяти из них была выполнена баллонная ангиопластика интракраниальных артерий. Трем пациентам баллонная ангиопластика не выполнялась из-за выраженного ишемического повреждения головного мозга (DWI ASPECT менее 5 баллов). У двух пациентов вазоспазм явился причиной летального исхода. У трех спазм явился причиной грубой инвалидизации. У одного пациента, при выполнении баллонной ангиопластики, произошел фатальный разрыв СМА.

Выводы: Эндоваскулярные методы могут с успехом применяться для лечения пациентов в остром периоде САК на фоне разрыва аневризм головного мозга.

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА И ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Коваленко А.В., Сафронова М.Н., Мюзюркина О.А.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава РФ,
Кемерово
ГБУЗ КО ОКГБВ, Кемерово

Речевые нарушения являются одним из наиболее значимых и распространённых проявлений очагового неврологического дефицита при инсультах, приводящих к инвалидизации пациентов. По данным Л.Г. Столяровой тотальная и сенсорная афазии в остром периоде отмечаются у 84% пациентов с кровоизлияниями и у 50% при ишемическом инсульте в случае поражения левого полушария. Через несколько месяцев сенсомоторная афазия остаётся у 12-13% пациентов.

Цель исследования: Выявить зависимость восстановления речевой функции от объема и локализации очага поражения головного мозга у пациентов с афазиями в остром периоде инсульта.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ историй болезни 95 пациентов, из них: мужчин – 60, женщин – 35; с ишемическим инсультом – 81, с геморрагическим – 11, со смешанным – 3. Средний возраст - $63,76 \pm 0,55$ года.

Всем пациентам проводилась нейровизуализация головного мозга методом МСКТ и/или МРТ. Были выделены следующие группы пациентов: 1) пациенты, у которых не было выявлено очага поражения (24 человека); 2) пациенты с очагом корковой локализации (24 человека); 3) очаг подкорковой локализации (24 человека); 4) обширный очаг корково-подкорковой локализации (23 человека). В течение первых суток от начала заболевания проводилась оценка исходной степени тяжести и типа афатических расстройств. Нарушения речи были представлены моторной афазией у 40 пациентов, сенсомоторной в 55 случаях. Уровень восстановления речевой функции оценивался на 21-е сутки от начала заболевания по трёхбалльной шкале: 0 баллов - отсутствие улучшения от исходного уровня - имело место у 12 пациентов; 1 балл - умеренное восстановление - у 29 пациентов; 2 балла – полное восстановление у 54 человек. Для обработки данных использовался пакет программ статистики (Statistica 8.0).

Результаты: При ретроспективной оценке особенностей восстановления речевой функции выявлено, что речь лучше восстанавливается у пациентов с моторной афазией (1,8 балла, $n=40$), чем с сенсомоторной (1,18 балла, $n=55$) ($p=4,7 \times 10^{-6}$). При оценке данных, полученных при нейровизуализации, выявлено, что лучшие результаты по восстановлению речевой функции наблюдались у пациентов, не имеющих очага поражения вещества головного мозга по результатам МСКТ/МРТ (1,83 балла, $n=24$), у пациентов с выявленным очагом данный показатель составил 1,31 балла (при $n=71$) ($p=0,00018$). Рассматривая изолированно группу пациентов, имеющих очаг поражения по данным нейровизуализации, можно выявить следующую закономерность: у пациентов, имеющих очаги корковой либо подкорковой локализации речь восстанавливалась быстрее (1,46 балла, $n=48$), чем у пациентов с обширными корково-подкорковыми очагами поражения (1,0 балл, $n=23$) ($p=0,0275$).

Выводы: Восстановление речи зависит от объема очага поражения вещества головного мозга. К концу острого периода уровень восстановления речи был выше в группе пациентов не имеющих очага поражения по данным нейровизуализации ($p=0,00018$) или при наличии небольших очагов корковой либо подкорковой локализации, по сравнению с больными имеющими обширные корково-подкорковые очаги поражения ($p=0,0275$).

МОНИТОРИНГ ПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОРОДА И ЭНЕРГОПОТРЕБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ИНСУЛЬТАМИ

Лейдерман И.Н., Гаджиева Н. Ш., Белкин А.А, Левит А.Л.
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава РФ,
Екатеринбург
ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург

Резюме. Непрямая калориметрия и оценка истинных потерь азота являются основными методиками в реализации технологии динамического метаболического мониторинга при критических состояниях. В настоящем исследовании проведена оценка клинической эффективности методики метаболического мониторинга у пациентов с острыми церебральными инсультами. В ходе проспективного рандомизированного контролируемого исследования было выявлено, что применение данной технологии определения энергопотребности для составления программы нутритивной поддержки позволяет достоверно сократить частоту развития госпитальных пневмоний и пролежней.

Целью настоящего исследования было определение клинической эффективности метода динамического метаболического мониторинга у пациентов с острым инсультом.

Материал и методы. Проспективное контролируемое рандомизированное (метод конвертов 1:1) исследование было проведено у 90 пациентов отделения нейрореанимации клиники нервных болезней и нейрохирургии МУ ГКБ № 40 г с тяжёлым геморрагическим инсультом и угнетением сознания от 13 до 9 баллов по шкале ком Глазго. Критерии исключения включали: неадекватную хирургическую коррекцию; АРАСНЕ- II более 25 баллов на третьи сутки; острую почечную недостаточность, сопутствующую декомпенсированную хроническую патологию почек, печени, сердца, легких; онкопатологию; предшествующую гормонотерапию, химиотерапию. В исследование не включали пациентов с угнетением сознания по шкале ком Глазго менее 6 баллов в первые 3-е суток заболевания, умерших в первые трое суток церебрального поражения,

Пациенты первой группы (37 пациентов) получали стандартное зондовое питание с содержанием белка 80 – 100 г/ сутки и калоражем 2000 – 2500 ккал/сутки. Пациенты второй группы (53 человека) получали нутритивную поддержку, основанную на индивидуальных белково–энергетических потребностях, рассчитанных на основании данных метаболического мониторинга (потребление кислорода, экскреция углекислоты, респираторный коэффициент, истинная энергопотребность).

Результаты исследования. В первой группе пациентов количество нейротрофических осложнений (пневмония и пролежни) зафиксировано достоверно больше. При этом уровни госпитальной летальности достоверно не различались, но отмечалась тенденция к снижению данного показателя во 2 группе.

Заключение. Применение метода метаболического мониторинга для планирования программы нутритивной поддержки позволяет сократить частоту госпитальных пневмоний и пролежней у пациентов с острыми церебральными инсультами.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Евстифеев В. И., Краснов М. В., Рыбас Р. В., Железняков А. Л., Власов О. Ю.,
Евстифеев Е. В.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», Пенза

Актуальность проблемы хирургического лечения гипертензивных гематом головного мозга обусловлена большой частотой заболевания, высокой смертностью пациентов, ГГ сопровождаются высоким процентом и высокой степенью инвалидизации пациентов.

Изучены 95 историй болезни пациентов с ГГ, находившихся в нейрохирургическом отделении Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко с 2009г. по 2013 год. Нейрохирургическое отделение больницы работает в тесной связи с Региональным сосудистым центром, который открыт на базе ОКБ им. Н.Н. Бурденко в 2009г.

По годам пациенты распределились следующим образом: в 2009г. пролечено 6 человек, умерших не было; в 2010г. пролечено 24 человека, умерло 5; в 2011г. 11 человек, умерло 8; в 2012г. 22 человека, умерло 10; и в 2013г. пролечено 32 человека, умерло 10 человек. Мужчин было 60, умерло 21; женщин было 36, умерло 12.

Возраст больных варьировался от 30 до 82 лет. От 30 до 40 лет было 9 пациентов, умерло 2; от 41-50 лет было 19 человек, умерло 6 человек; от 51-60 лет было 40 человек, умерло 14; от 61-70 лет было 21 человек, умерло 10 пациентов; и старше 70 лет было 6 человек, умер 1. Мужчин было 59, умерло 21, женщин 36, умерло 12.

При поступлении осложнённый анамнез выявлен у большинства пациентов: гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга у 69 человек, хронический алкоголизм с повышенным АД у 3, инфаркт миокарда в анамнезе у 2 пациентов, пароксизмальная форма мерцательной аритмии у 1 пациента, беременность 38-39 недель с эклампсией у 1 пациентки, осложнённого анамнеза не было или выяснить было не возможно, из-за тяжести состояния пациентов у 22 человек.

Нарушение сознания у больных при поступлении: в ясном сознании поступили 13 человек – 15 баллов по ШКГ, из них умерло 3 человека; в умеренном оглушение поступило 22 человека – 13-14 баллов, умерло 7; в глубоком оглушение поступило 29 пациентов – 10-12 баллов, умерло 10 человек; в сопоре поступил 21 человек – 8-9 баллов, умерло 11; в умеренной коме 7 человек – 6-7 баллов, умер 1; в глубокой коме поступило 3 человека – 4-5 баллов, умер 1.

Всем пациентам при поступлении проводилось СКТ или МРТ исследование головного мозга, СКТ у 82 человек, МРТ у 13 человек, по показаниям церебральная ангиография. Внутримозговые гематомы больших полушарий головного мозга выявлены у 78 пациентов, гематомы мозжечка выявлены у 17 пациентов. Субкортикальное расположение внутримозговых гематом выявлено у 36 пациентов, 9 человек из этой группы умерли; путаменальные гематомы у 41 человека, 14 из них умерли; таламические у 1 больного и он умер; мозжечковые гематомы выявлены у 17 человек, умерло 9. Прорыв крови в желудочковую систему выявлен у 39 пациентов. В подавляющем большинстве случаев выявлена латеродислокация головного мозга от 2 до 16 мм., у 14 больных выявлено сдавление или деформация охватывающей цистерны, 11 человек из этой группы умерли. Объём внутримозговых гематом больших полушарий головного мозга выявленных по СКТ или МРТ достигал от 10 до 240 куб. см., а гематом мозжечка от 7 до 25 куб. см.

Оперировано 93 пациента. В первые 6 часов от поступления больных в ОКБ оперировано 41 человек, из этой группы умерло 16 человек; до 12 часов от поступления оперировано 11 пациентов, умерло 3 человека; до 24 часов оперировано 10 человек, умерло 4 человека; до 3 суток оперировано 22 человека, умерло 7 человек и позднее 3 суток оперировано 9 пациентов, умерло из этой группы 3 человека. При ГГ больших полушарий головного мозга применялись следующие виды оперативных вмешательств: а. Пункционное удаление гематом – 17 случаев, б. Резекционная или КПТ черепа, энцефалотомия, удаление гематом – 55 пациента. При гематомах мозжечка: а. Пункционное удаление гематом – 4 случая, б. Резекционная трепанация задней черепной ямки, энцефалотомия, удаление гематомы – 6 случаев. При гематомах мозжечка или больших полушарий головного мозга применяли как отдельный метод лечения – дренирование переднего рога бокового желудочка с одной стороны чаще или с 2 х. сторон – 11 случаев. За редким исключением пациентам проводилось дренирование полости гематомы трубчатым дренажом. В последние годы в хирургии ГГ мы применяем нейронавигацию, операционный микроскоп, нейроэндоскоп. В 8 случаях в послеоперационном периоде наблюдался рецидив гематом, что послужило поводом для повторного хирургического вмешательства. Повторные вмешательства проводились от 5 часов до 12 суток от первой операции, в этой группе умерло 5 человек.

Из 95 человек умерло 33, летальность составила 34.7%, послеоперационная летальность составила 35.1%. По данным аутопсий причиной смерти у больных явилось: 1. Рецидив гематомы – 19 случаев, 2. Отёк и набухание, дислокация стволовых отделов головного мозга – 6 человек, 3. ТЭЛА – 5 случаев, в одном случае тромбоэмболия сочеталась с острым инфарктом миокарда, 4. Острая язва желудка с массивным кровотечением – 1 случай, 5. В 2х. случаях вскрытие не проводилось.

Заключение. Анализ историй болезни пациентов с гипертензивными гематомами головного мозга выявляет некоторые отрицательные факторы, которые играют роль в исходе лечения и хирургического лечения ГГ, эти факторы следующие: - некоторые пациенты не знают о повышенном артериальном давлении, - многие больные знают о повышенном артериальном давлении, но качественное лечение не проводят, - нередко, порой не обоснованно, удлиняется временной параметр госпитализации больных, от начала заболевания до ОКБ, - при поступлении для диагностики ГГ должны применяться современные методы нейровизуализации /СКТ или МРТ головного мозга/, по показаниям церебральная ангиография, - в обязательном порядке после проведения СКТ или МРТ головного мозга, пациент должен быть осмотрен нейрохирургом, - при поступлении необходимо активнее применять хирургические методы лечения у пациентов, у которых имеются явные показания к оперативному лечению ГГ, а не лечить пациентов консервативно, - более дифференцированно подходить к хирургическим методам лечения ГГ головного мозга, - нужно уделять вопросам гемостаза при хирургии ГГ большее внимание, - в послеоперационном периоде проводить saniрующие люмбальные пункции, с целью борьбы с ангиоспазмом, - более часто нужно проводить динамическое наблюдение за больными с ГГ в до и послеоперационном периодах, со стороны неврологов, реаниматологов и нейрохирургов, включая проведение контрольной СКТ головного мозга, чтобы не пропустить момент ухудшения состояния больного. Минимизация перечисленных отрицательных факторов поможет улучшить результаты хирургического лечения гипертензивных гематом головного мозга.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Новикова Н.П., Андрюфагина О.В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Минздрава РФ,
Самара

Одним из существенных факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний является сахарный диабет (СД). Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне СД протекают более тяжело и имеют более выраженные последствия.

Целью исследования явился анализ особенностей развития, течения и результатов ранней реабилитации ОНМК при сахарном диабете.

Материалы и методы. В Самарском региональном сосудистом центре в 2013 году среди 1178 больных с ОНМК было 428 пациентов с СД. У 312 (73%) из них диагностирован ишемический инсульт (ИИ), у 77 (18%) – геморрагический инсульт (ГИ), у 39 (9%) – транзиторная ишемическая атака (ТИА). Всем пациентам производились лабораторные анализы, компьютерная томография головного мозга (КТ), ультразвуковое исследование сосудов.

Результаты и их обсуждение. В группе пациентов с ИИ и сахарным диабетом 2 типа было 200 женщин (64%) и 112 мужчин (36%). Средний возраст составил 62 года. По патогенетическому типу преобладал атеротромботический инсульт. В ряде наблюдений ИИ возникал в период активной деятельности, в дневное и вечернее время, что на этапе предварительной диагностики нередко склоняло в сторону диагностирования ГИ. По данным КТ обычно выявлялись постинсультные и лакунарные кисты, атрофия головного мозга, лейкоареоз, что подтверждало наличие хронической мозговой сосудистой недостаточности. Длительность СД при ИИ была преимущественно более 10 лет у 78% пациентов. В первые дни развития ИИ уровень глюкозы крови находился у большинства пациентов в интервале от 10 до 15 ммоль/л. При ИИ из клинических проявлений преобладали поражения в каротидном бассейне правополушарной локализации, течение заболевания было достаточно тяжелым и часто сопровождалось нарушением сознания. В 9% было отмечено сочетание ишемического и геморрагического инсультов, подтвержденное данными КТ головного мозга.

В группе пациентов с геморрагическим инсультом и сахарным диабетом было 40 (52%) женщин и 37 (48%) мужчин. Средний возраст больных составил 55 лет. Длительность СД при ГИ была значительно меньше, чем при ишемическом (в 58% случаев – до 10 лет). К моменту возникновения ГИ не было выявлено зависимости длительности заболевания сахарным диабетом, уровня глюкозы в сыворотке крови и тяжести состояния пациента. Преобладал ГИ по типу гематомы в одном из полушарий с медиальным и смешанным расположением. У пациентов с тяжелым течением ГИ уровень глюкозы крови был выше 15 ммоль/л.

По результатам реабилитационных мероприятий период восстановления нарушенных функций у пациентов с сахарным диабетом был более длительным, и преобладали больные, имеющие значительное ограничение основной деятельности или неспособность вернуться к прежней работе, требующие существенной помощи в повседневной жизни.

Заключение. Таким образом, при СД выявляются многообразные изменения сосудистой системы головного мозга, включающие поражение сосудов различного уровня: магистральных, поверхностных и глубоких, а также нарушения сосудистого тонуса. Развитие ОНМК при сахарном диабете обусловлено не только воздействием гипергликемии, но и наличием артериальной гипертензии, церебрального атеросклероза, которые при СД развиваются раньше и более выражены. В патогенезе цереброваскулярных нарушений важную роль играет острая и хроническая гипоксия, обусловленная хронической ишемией мозга на фоне диабетических, обменных и сосудистых нарушений и возможных гипогликемических состояний.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК

Беляев М. В., Гаврилова А. М., Мысяков Н. В.
ГБУЗ «Пензенская областная больница им. Н. Н. Бурденко», Пенза

Цели: оценка риска возникновения ОНМК у пациенток с беременностью.

Методы: сравнительный анализ медицинских карт пациенток, находящихся в стационаре и стандартов лечения пациенток с ОНМК при беременности. Результат: выработка общего алгоритма ведения беременных с ОНМК.

Частота инсультов у беременных женщин составляет в среднем 46,2 на 100 тыс., при этом 67 % зарегистрировано в 3-м триместре беременности и в послеродовом периоде. Основными этиологическими факторами являются эклампсия и артериовенозная мальформация.

Факторами риска развития инсульта во время беременности являются: возраст старше 35 лет, гипертоническая болезнь, сердечно - сосудистые заболевания в анамнезе, наследственные тромбофилии и другие.

Беременной с подозрением на инсульт необходимо проведение обследования и лечения в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи от 29 декабря 2012 г. № 1692н, 1740н.

Акушерской тактикой при тяжелых инсультах является прерывание беременности: в ранние сроки - аборт по медицинским показаниям, во 2 триместре – малое кесарево сечение, в 3 триместре – кесарево сечение.

В ГБУЗ «Пензенская областная больница им. Н. Н. Бурденко» в 2013 году пролечены несколько пациенток с ОНМК, возникших у них на фоне беременности.

Приводим один из клинических случаев лечения геморрагического инсульта, возникшего на фоне преэклампсии тяжелой степени.

Пациентке С., 34 года, бригадами санитарной авиации с участием гинекологов и нейрохирургов в условиях ЦРБ выполнена операция кесарево сечение, после чего была проведена КТ головного мозга и уточнение диагноза, выполнена декомпрессивная трепанация черепа, удаление внутримозговой гематомы. Через 20 часов от начала заболевания пациентка была переведена в ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко с диагнозом: Внутримозговое кровоизлияние в правой гемисфере с прорывом в желудочки мозга. Отек головного мозга. 1-ые сутки после преждевременных родов путем операции кесарево сечение в 29 недель беременности на фоне преэклампсии тяжелой степени. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4. В анамнезе у пациентки 2 родов, поздняя постановка на диспансерный учет по беременности, беременность протекала на фоне гипертонической болезни, плохо поддающейся медикаментозной коррекции. Пациентка была выписана из стационара на 31 сутки с улучшением.

Выводы: 1) с целью профилактики ОНМК у беременных необходимо своевременное выявление сопутствующей соматической патологии; 2) при подозрении на ОНМК при беременности – ведение пациенток в строгом соответствии со стандартами обследования и лечения; 3) совместное ведение пациенток при беременности акушерами-гинекологами и соответствующими узкими специалистами.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Рыжонина Н.А.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

При нарушении кровообращения - инсульте, пациент зачастую теряет способность пользоваться словами и фразами как средством выражения мысли. Он может произнести любой звук, но не умеет говорить; слышит речь, но не понимает её. Различные расстройства речи (афазии) появляются вследствие нарушения деятельности тех отделов головного мозга, которые связаны с функцией сложного речевого процесса.

Чаще всего встречаются две формы афазии: моторная и сенсорная. При моторной афазии затруднено произношение, речь пациента бедна, состоит в основном из существительных. Более всего нарушена самостоятельная речь. Легче пациенту даются повторения и автоматизированная речь (порядковый счёт, называние месяцев года, дней недели).

При сенсорной афазии в первую очередь нарушено понимание речи, вместе с тем пациент много говорит, часто заменяя слова сходными по звучанию.

Могут ли сами родственники или окружающие пациента помочь ему, если он находится дома? Могут. Но для этого надо знать специальные приёмы, с помощью которых восстанавливается речь.

Результат тем лучше, чем раньше начать занятия. К ним обычно приступают через одну - две недели после того, как произошло нарушение мозгового кровообращения.

Если же речевые упражнения с такими пациентами не проводить, расстройство речи дальнейшем устранить труднее.

Как помочь пациенту, у которого врач обнаружил моторную афазию? Занятия (в форме беседы) следует начинать на следующей неделе после нарушения мозгового кровообращения. Но следует помнить, что он очень ослаблен и быстро устаёт, по этому речевая нагрузка должна быть не большой, в день не более пяти - семи минут. Недели через две занятия можно удлинить до 15 - 20 минут, повторяя их 2 - 3 раза в неделю.

Лучших результатов удаётся достигнуть с помощью пения, порядкового счёта, т. е. наиболее упрочённой, автоматизированной речевой деятельности. С древних времён музыка используется во врачевании. Ещё Пифагор и Аристотель приписывали ей универсальность в исцелении души и тела, а Авиценна называл её сильнейшим средством профилактики нервных расстройств.

Установлено, что положительное эмоциональное возбуждение при звучании приятных мелодий повышает тонус коры головного мозга, улучшает обмен веществ, стимулирует дыхание, кровообращение.

На первых порах пение пациента будет не внятным, но это не беда. Каждое занятие необходимо разнообразить: переключать его с пения на называние дней недели, перечисление месяцев, не обязательно всех и опять попросить его спеть. Главное - не спешить. Лишь через 4 - 5 занятий пациент в состоянии самостоятельно пропеть песню, прочитать наизусть хорошо известные стихи.

Как только начинается улучшение, пациенту предлагают уже 3 - 4 раза подряд повторить названия дней недели, месяцев года. Занятия проводятся по 10 минут три раза в день.

Эти приёмы очень эффективны и хорошо помогают восстановлению речи.

Звукопроизношение у пациента некоторое время остаётся не чётким, но не следует форсировано добиваться его чёткости и чистоты. Важнее, чтобы имел место сам процесс словесного оформления мысли. Поэтому, как только пациент начинает, пусть

ещё не внятно повторять слова, надо попытаться вызвать его элементарные ответы на поставленные вопросы: "да", "нет", "тут", "там".

Нельзя поправлять каждое неудачно сказанное пациентом слово. Он, например, попросит полотенце, но свою просьбу излагает не достаточно чётко. Однако вы его поняли и не спешите обязательно поправить. Терпеливая тренировка помогает постепенно возратить речевую активность. Позже, по мере улучшения речи, полезно показывать простые сюжетные картинки и предложить объяснить, что на них изображено.

В работе с такими пациентами следует избегать утомительной, отупляющей зубрёжки слов, повторения названий только тех не многочисленных предметов, которые находятся в его поле зрения. Это обедняет лексикон пациента, и в дальнейшем он привыкает строить фразы из одних существительных, т. е. грамматически неполноценно.

Какой тактике придерживаться с пациентами, у которых обнаружена сенсорная афазия? Пациент не понимает обращённой к нему речи, а сам всё время пытается говорить, что-то объяснять, жалуется, что его "почему-то" перестали понимать.

Дело в том, что у страдающих сенсорной афазией нарушен аппарат восприятия обращённой к ним речи. Как правило они не могут читать, писать и тяжело переживают своё состояние, т. к. чувствуют, что потеряли речевой контакт с окружающими.

Пациента надо приучать слушать собеседника и вместе с тем прислушиваться к своей речи. Надо научить его узнавать отдельные слова, а следовательно и предметы. Положив перед ним ложку, вилку, соль, попросить его: "Дай ложку"; "Дай вилку". После чего те же предметы в другой последовательности предложите, например, положить на стул. Важно, чтобы больной как бы вновь научился осмысливать части фразы.

Страдающие расстройствами речи тяжело переживают своё состояние, их надо щадить, не упрекать за мнимую не внимательность и ошибки. Наоборот, старайтесь при малейшей возможности одобрить даже не значительные успехи. На всех этапах работы с такими пациентами необходимы терпение, систематические занятия, постоянный контакт с лечащим врачом, позднее через 2 - 3 месяца требуются более сложные методы, которыми владеют специалисты - логопеды.

Министерством здравоохранения Пензенской области проведена определённая работа по совершенствованию специализированной помощи лицам, страдающими различными нарушениями речи органического и функционального генеза.

Логопедическая помощь пациентам с последствиями инсульта и черепно-мозговых травм оказывается Областной клинической больнице им. Н.Н.Бурденко, в Центральной городской больнице №6, в Противоинсультном Центре Городской больницы №1, в поликлинике Городской больницы №3, санатории "Хопровские зори".

СТРУКТУРА ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖИТЕЛЕЙ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Угарова Е. В., Коршунова С. В., Морозова Ю. А.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», Пенза

В настоящее время острые нарушения мозгового кровообращения являются ведущей причиной инвалидизации и третьей по частоте причиной смертности в развитых странах. Субарахноидальные кровоизлияния занимают важное место в структуре неотложной неврологии. Более чем в 50% случаев причиной субарахноидальных кровоизлияний является разрыв аневризмы, в 10% - артериовенозные мальформации, более чем в 20% - гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга.

Учитывая высокую частоту встречаемости и неблагоприятных исходов при разрывах аневризм, нетравматических субарахноидальных кровоизлияниях, основные принципы ведения пациентов основаны на своевременности верификации диагноза и выборе оптимального метода лечения, внедрении современных высокотехнологичных эндоваскулярных методов лечения.

Цель исследования: Целью настоящей работы является изучение демографических показателей, структуры и факторов риска субарахноидального кровоизлияния по данным работы отделения для лечения больных с нарушением мозгового кровообращения РСЦ г. Пензы.

Методы. Проведен анализ всех историй болезни пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием в период с 2011 по 2013 годы.

Результаты. За период наблюдения с диагнозом субарахноидальное кровоизлияние зарегистрировано 144 случая. Данная группа пациентов составила 3,2% от общего числа госпитализированных в отделение за период наблюдения. Средний возраст госпитализированных пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями составил $48,8 \pm 8,1$ лет. Среди пациентов значительно преобладают мужчины (90 человек). Средний возраст госпитализированных мужчин $50 \pm 3,8$, средний возраст госпитализированных женщин $59 \pm 2,5$. Умершие составляют 35 человек (24%) от общего числа пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием. Летальность от субарахноидального кровоизлияния составляет: в 2011 году — 7,1%, в 2012 году — 10,2%, в 2013 году — 7,9%. Нейровизуализация (СКТ или МРТ головного мозга) проведена в 100% случаев. Церебральная ангиография, МР-ангиография, СКТ-ангиография с целью верификации аневризм, артерио-венозных мальформаций проведена в 100% случаев. По данным церебральной ангиографии у 56% пациентов выявлена патология сосудов головного мозга (АВМ, аневризмы). По данным настоящего исследования в структуре разновидностей субарахноидальных кровоизлияний преобладали случаи спонтанного кровоизлияния на фоне артериальной гипертензии (76%), второй по частоте причиной субарахноидального кровоизлияния являлся разрыв аневризмы или артериовенозной мальформации (24%). За исследуемый период времени 43 пациента переведено в отделение нейрохирургии ПОКБ им. Бурденко и федеральный центр НИИ Нейрохирургии г. Москвы на оперативное лечение (клипирование аневризм, эндоваскулярная эмболизация). В 2013 году внедрен новый метод лечения аневризм в РСЦ г. Пензы — эндоваскулярная эмболизация, которая выполнена 7 пациентам. Все пациенты были выписаны на амбулаторный этап, при оценке индекса мобильности Ревермид средний балл составил 12,4.

Заключение. Представленные данные отражают структуру и факторы риска субарахноидального кровоизлияния. По результатам работы РСЦ Пензенской области у анализируемой группы преобладают гипертонивные субарахноидальные кровоизлияния. По итогам работы можно отметить значимую роль оперативных методов лечения аневризм.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Автамонов Ю.А., Соколов С.В.

ГБУЗ « Пензенская городская клиническая больница № 5», Пенза

Проанализированы результаты консервативного и оперативного лечения пациентов с острым панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии на протяжении 3 лет.

Проведен анализ результатов лечения 181 пациента с острым панкреатитом в возрасте от 22 до 82 лет, из которых мужчин было 102 (56,3%), женщин 79 (43,7%).

Причинным фактором заболевания явились: желчнокаменная болезнь - 32%, алиментарный фактор - 39 %, не уточнённый -31%.

Время от момента заболевания до госпитализации - от 6 часов до 2 недель.

Из общего числа госпитализированных пациентов оперировано 48 (26,5%).

Показаниями к проведению операции явились: 1) перитонит, 2) отрицательная динамика в течении заболевания: нарастание эндогенной интоксикации; 3) нарастание механической желтухи; 4) паралитическая кишечная непроходимость.

Общая летальность – 7,5%, послеоперационная - 20,3%.

Среди 16 умерших оперировано 13 (81,25%). Диагноз тотального смешанного панкреонекроза с преобладанием геморрагического установлен у 6, тотальный геморрагический – 5, геморрагический субтотальный – 2, жировой субтотальный – 3. Эти формы характеризовались поражением парапанкреатической, параколической клетчатки с признаками её некроза или флегмоны. Преморбидный фон у всех пациентов характеризовался наличием разного рода патологий: ожирение, сахарный диабет, ИБС, хронические гепатиты.

Мужчин было – 12 (75 %), женщин – 4 (25 %).

В возрасте 20 — 40 лет — 6 человек, от 40 - 50 лет – 4 человека, старше 50 лет – 6 человек. По срокам госпитализации от момента заболевания: до 1 суток – 3 пациента, 3 суток - 7, более 3 суток – 6.

В группе умерших средние сроки пребывания в стационаре составили – 4 суток. Досуточная летальность – в 2 случаях.

Среди причин смерти доминировали - эндогенная интоксикация, полиорганная недостаточность, клинические случаи с досуточной летальностью расценены как неуправляемые т.н. «молниеносные» формы.

Объем и сроки оперативного вмешательства: в первые трое суток пребывания оперировано 10 пациентов, из них видеолaparоскопические вмешательства - ревизия, санация, дренирование брюшной полости, холецистостомии - у 5. У другой половины пациентов операция выполнена доступом через лапаротомию и обязательно дополнялась оментобурсостомией. У одного из умерших операция была выполнена на 11 сутки пребывания - в стадии гнойных осложнений. У 7 пациентов потребовалось выполнение повторных оперативных вмешательств.

Выводы: прогностически неблагоприятными факторами развития панкреонекроза являются: длительная – более суток, необращаемость за медицинской помощью; геморрагический характер поражения; субтотальное поражение забрюшинной клетчатки, динамика развития заболевания, т.н. - «молниеносная» форма течения.

СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Сонис А.Г., Колесник И.В., Грачев Б.Д.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Минздрава РФ,
Самара

В большинстве отечественных руководств тиражируется точка зрения Р.Г.Карагуляна (1974) о том, что в сроки более 3 месяцев после перенесенного острого панкреатита стенка псевдокисты прочно сращена с окружающими тканями, что позволяет прибегать к внутреннему дренированию кисты. В то же время, псевдокисты являются далеко не единственным показанием к оперативному лечению при хроническом панкреатите, а дренирующие операции все более уступают место резекционно - дренирующим, сроки выполнения которых до настоящего времени четко не определены.

Цель: уточнение возможных сроков выполнения резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе после перенесенного острого панкреатита.

Материалы и методы исследования: В клинике пропедевтической хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» (СамГМУ) в период 2011-2013 гг. оперировано 28 пациентов с хроническим панкреатитом. Мужчин было 25, женщин 3, средний возраст составил 41,7 лет. У всех пациентов был стойкий болевой синдром, резистентный к консервативному лечению. Морфологическим субстратом заболевания были кисты поджелудочной железы у 8 пациентов; вирсунгэктазия - у 9 пациентов, сочетание кист с протоковой гипертензией – у 6; индуративно-болевая форма хронического панкреатита - у 3 пациентов. Наружные панкреатические свищи имелись у 2 пациентов.

В подавляющем большинстве случаев (25 из 28) имелись четкие анамнестические указания на перенесенный острый тяжелый панкреатит. Сроки выполненных нами вмешательств составили от 6 мес. до 1 года – у 8 пациентов, в том числе, у двух с панкреатическими свищами; от 1 до 3 лет – 15 пациентов; более 3 лет – 5 пациентов.

Дооперационное обследование включало УЗИ с ЦДК сосудов области вмешательства, КТ с болюсным усилением, при наличии свищей – фистулографию. У 5 пациентов при наличии расширения ОЖП и гипербилирубинемии выполнялась РХПГ.

Были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция хвоста поджелудочной железы со свищем – 1 пациент; цистоеюностомия – 7 больным, продольная панкреатоеюностомия по Puestow— Gillesby 4 пациентам; резекция головки поджелудочной железы по Frey – 9 пациентам; «расширенная» резекция головки при значительной вирсунгэктазии – 5 пациентам; операция Frey в бернской модификации – 2 пациентам.

Результаты: Признаки неполной демаркации некроза, наличие детрита в полости кист интраоперационно обнаружены у 4 из 8 пациентов оперированных в сроки менее 1 года после перенесенного острого панкреатита. У двух из них развились послеоперационные осложнения – кровотечение из полости кисты и частичная несостоятельность панкреатоеюноанастомоза. Оба осложнения купированы консервативно. Летальных исходов не было.

Выводы: Сроки стихания воспаления, демаркации, отторжения и лизиса некрозов после перенесенного острого панкреатита могут составлять до 1 года. Выполнение резекционно-дренирующих операций в эти сроки нецелесообразно и может быть оправдано только существованием наружных панкреатических свищей с эрозивными поражениями окружающих тканей.

КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Анашкин С.Г., Власов А.П., Логинов М.А., Власов П.А., Суслов А.В., Турыгина С.А.
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск

Цель работы. В эксперименте и клинике изучить эффекты мембранопротектора ремаксол в коррекции энтеральных нарушений при остром панкреатите.

Методы исследования. В основу работы положены результаты экспериментальных и клинических исследований. В эксперименте на собаках под наркозом моделировали деструктивную форму острого панкреатита по способу В.М. Буянова путем введения желчи в паренхиму поджелудочной железы. В контрольные сроки производили релапаротомию, забор крови, оценку функционально-метаболического статуса кишечника и печени. В первой группе (контроль) исследовали морфофункциональное состояние кишечника при традиционной терапии, в опытных группах – на фоне включения в терапию мембранопротектора ремаксол (внутривенные и интестинальные (через ороинтестинальный зонд) вливания). У больных с тяжелым панкреатитом основной группы в стандартизированную терапию включали внутривенные и назоинтестинальные введения ремаксол (внутривенно ежедневно до 800,0 мл, энтерально – до 400,0 мл).

Результаты. Установлено, что при остром панкреатите функционально-метаболические параметры тонкой кишки и печени существенно изменяются. В кишечнике выявлены нарушения трофики и электрогенеза ткани на фоне ухудшения микроциркуляции. Одним из ключевых патогенетических механизмов расстройств энергообеспечивающих окислительно-восстановительных реакций выступала тканевая гипоксия, резкая интенсификация процессов перекисного окисления липидов и активизация фосфолипазных систем, что приводило к значительным перестройкам липидного состава клеточных мембран и, как следствие, к нарушению функциональной активности клеток. Указанные патологические процессы и лежали в основе энтеральной и печеночной недостаточности, прогрессирования эндогенной интоксикации в целом.

Применение ремаксол в терапии острого панкреатита показало высокую его эффективность, что проявлялось значительным улучшением микроциркуляции, снижением гипоксии, процессов липопереокисления и фосфолипазной активности ткани кишечника и печени, восстановлением транскапиллярного обмена и липидного метаболизма. Результатом явилось более быстрое купирование морфофункциональных расстройств кишечника и печени, что существенно уменьшало проявления энтеральной недостаточности.

Выявлена эффективность такого рода терапии в клинике. Включение в лечение антигипоксанта/антиоксиданта ремаксол приводило к существенному уменьшению выраженности эндогенной интоксикации у больных тяжелым панкреатитом, что было обусловлено и влиянием препарата на функциональный статус кишечника и печени.

Выводы. Метаболическая терапия при остром панкреатите предупреждает прогрессирование кишечной и печеночной недостаточности за счет уменьшения мембранодестабилизирующих явлений, что лежит в основе улучшения микроциркуляции и трофики тканей, обуславливая оптимизацию процессов их энергообеспечения и, как следствие, функциональный их статус.

СИСТЕМНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Власов А.П., Анашкин С.Г., Власов П.А., Суслов А.В., Кормишкин А.Е., Месиков О.И.
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск

Целью исследования явилось установить последовательность поражения ряда жизненно важных органов при различных формах острого экспериментального панкреатита.

Методы исследования. Хронические опыты поставлены на взрослых беспородных половозрелых собаках, разделенных на 2 группы. В первой группе моделировали отечную форму, во второй – некротическую форму панкреатита. Острый панкреатит моделировали по способу В.М. Буянова с соавт. (1989) путем введения желчи в паренхиму поджелудочной железы. В контрольные сроки исследования (12 ч, 1, 3 и 5-е сутки) производили релапаротомию, оценивали состояние органов брюшной полости, определяли характер их поражений, производили биопсию тканей печени, кишечника и почек, осуществляли забор крови и мочи. Оценивали выраженность эндогенной интоксикации, перекисного окисления липидов, функциональное состояние органов.

Результаты. Опыты показали, что избранная модель патологии была вполне адекватной: у животных первой группы развивался острый панкреатит отечной формы с наибольшими морфологическими изменениями в первые трое суток после операции и уменьшением явлений воспаления в последующие сроки; во второй группе – острый деструктивный панкреатит с преимущественным очаговым поражением органа (очаговый панкреонекроз), при котором в течение всего периода наблюдения в поджелудочной железе отмечались выраженные морфологические явления – очаги некроза тканей, особенно в местах введения желчи.

Изучение функционального статуса кишечника при остром панкреатите отечной формы показало, что уже в самые ранние сроки в стенке тонкой кишки возникали нарушения микроциркуляции. Это сопровождалось ухудшением трофики и электрогенеза тканей органа. Были зафиксированы достоверное падение ОВП, снижение КДК на фоне повышения проницаемости микроциркуляторного русла для капиллярного фильтрата и белка. Патофизиологические явления в стенке тонкой кишки имели обратимый характер, о чем свидетельствовала их регрессия к 5-м суткам динамического наблюдения. Происходило изменение функционального состояния печени и почек. При деструктивном панкреатите изменения были более значимыми. Лабораторными исследованиями выявлено, что при моделированном панкреатите уровень токсических продуктов в плазме крови возрастал. В патогенезе эндотоксикоза, как показали исследования, важнейшую роль играет не только орган поражения – поджелудочная железа, но и орган-мишень – кишечник. Безусловно, в прогрессировании эндогенной интоксикации на определенном этапе развития патологии играет и нарушение функциональной активности органов детоксикационной системы – печени и почек.

Выводы. При остром панкреатите интенсификация ПОЛ и активизация фосфолипазных систем отмечается не только в плазме крови, но и в тканевых структурах исследованных органов-мишеней. Выраженность функциональных расстройств органов-мишеней находится в прямой корреляционной зависимости с интенсивностью процесса ПОЛ и фосфолипазной активностью не только и не столько плазмы крови, сколько в их тканевых структурах. Установлено, что одним из первых в патологический процесс вовлекается кишечник, затем – печень, далее – почки.

РОЛЬ И МЕСТО ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Иоселиани Н.Б., Благовестнов Д.А., Рогаль М.Л., Новосел С.Н.,
Алмакаев Ф.Р., Агаханова К.Т.

«Научно – исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского»,
Москва

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»,
Минздрава РФ, Москва

Диагностика и хирургическое лечение больных острым панкреатитом являются одними из наиболее сложных проблем в хирургии. В г. Москве острый панкреатит вышел на второе место после острого аппендицита.

Цель исследования: определить место чрескожных вмешательств в комплексной профилактике и лечении осложнений панкреонекроза у больных тяжёлым острым панкреатитом.

Методы исследования: работа основана на анализе результатов лечения 155 пациентов с тяжёлым острым панкреатитом, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за трехлетний период с 2010-2013 гг. Средний возраст составил 42 года, мужчин было в 3 раза больше женщин. Основной причиной развития острого панкреатита являлось употребление алкоголя (45,8%), на втором месте была билиарная патология (40,7%). Средняя длительность заболевания составила $38 \pm 3,5$ ч.

Результаты: проведен анализ хирургического лечения пациентов в разные фазы заболевания. Были рассмотрены такие хирургические вмешательства как чрескожные пункции и дренирование острых жидкостных скоплений под контролем УЗИ и «традиционные» хирургические вмешательства с формированием оментобурсостомы и люмбостомы. Прицельно проведен анализ малоинвазивного хирургического лечения пациентов в фазе гнойно-септических осложнений. Проведен сравнительный анализ лечения пациентов только малоинвазивными методами лечения, с использованием «традиционных» операций или в их комбинации. Анализ применения различных хирургических подходов выявил, что использование малоинвазивных методов чрескожного дренирования позволяет в ряде случаев избежать открытых вмешательств.

Выводы: для достижения положительного результата лечения, малоинвазивную хирургию надо рассматривать исключительно в совокупности с традиционными вмешательствами. В случае их неэффективности, следует своевременно склоняться в пользу традиционных вмешательств.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА.

Сундукова А.Н., Гуткин Д.С., Скрипкина Н.Ф., Чиждова Е.А.
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н.Бурденко»,
Пенза

Хронический панкреатит в соответствии с Национальным руководством по гастроэнтерологии определяется как заболевание поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, характеризующееся прогрессирующими очаговыми, сегментарными, диффузно-дегенеративными либо деструктивными изменениями её экзокринной части, атрофией железистых элементов и замещением их соединительной тканью, проявляющееся изменениями в протоковой системе органа с образованием кист и конкрементов, различной степенью нарушения экзокринной и эндокринной функций.

В Российской Федерации, согласно эпидемиологическим исследованиям, распространённость заболеваний поджелудочной железы среди взрослого населения за последние 10 лет увеличилась в 3 раза, в подростковом возрасте - более чем в 4 раза. При этом доля заболевших женщин увеличилась на 30%.

Заболевания поджелудочной железы, в основном, хронические панкреатиты, являются наиболее актуальными и изучаемыми проблемами в гастроэнтерологии, в связи с высокой распространённостью данной патологии, трудностями в диагностике.

Проблемы в диагностике обусловлены забрюшинным расположением поджелудочной железы, что затрудняет её визуализацию и снижает информативность целого ряда методов, которые в настоящее время широко используются для оценки состояния других органов брюшной полости.

Единая и общепринятая классификация хронических панкреатитов в настоящее время отсутствует. Согласно Международной классификации болезней выделяются следующие формы хронического панкреатита: алкогольный (K.86.0) и другие формы хронического панкреатита (K86.1), подразделённые по характеру течения на повторяющийся и рецидивирующий панкреатит.

Наиболее актуальными причинами возникновения хронического панкреатита остаются алкоголь и заболевания билиарной системы. Основной причиной развития билиарного панкреатита является желчекаменная болезнь. Эпикентром развития хронического панкреатита является билиарный сладж. В результате нарушения стабильности в физико-химическом состоянии желчи происходит преципитация её основных компонентов, что приводит к билиарному сладжу в желчном пузыре.

Современные подходы к лечению.

Восстановление нарушенного пищеварения хроническим панкреатитом является сложной задачей. Сегодня в большинстве случаев задача эффективной коррекции клинических проявлений хронического панкреатита и, в первую очередь, синдромов боли и нарушенного пищеварения вполне решается. Все зависит от адекватности назначенной терапии и выполнения пациентом предписанных рекомендаций.

При билиарном панкреатите актуальным является назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты для пероральной литолитической терапии из расчёта 15 мг/кг массы тела, в основном суточная доза применяется перед сном, иногда может быть разделена на 2 приёма: 1/3 дозы днём и 2/3 дозы на ночь. Лечение следует проводить под контролем УЗИ 1 раз в 3 месяца.

Основным аспектом коррекции нарушенного пищеварения с хроническим панкреатитом является подбор оптимального ферментного препарата для оптимизации внешнесекреторной функции поджелудочной железы, который обладает следующими критериями:

- 1.оптимальный состав ферментов с высокой активностью липазы
- 2.умеренной активностью протеаз.
- 3.ферментативный препарат должен быть кислотоустойчивым в отношении желудочного сока
- 4.не оказывать побочных эффектов
- 5.равномерно и быстро перемешиваться с пищей и поступать через привратник в двенадцатиперстную кишку.

В настоящее время адекватная терапия обострения хронического панкреатита стала возможной за счет использования микрокапсулированных полиферментных средств нового поколения, покрытых кислотоустойчивой оболочкой, своевременно поступающих в полость двенадцатиперстной кишки. Их основной компонент-экстракт поджелудочной железы - панкреатин. В последние несколько лет в отделении гастроэнтерологии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н.Бурденко» широко используются с этой целью ферментные препараты: пангрол в дозировке 10000ЕД и 25000 ЕД и Эрмиталь в дозировке 10000ЕД, 25000ЕД и 36000ЕД. Правильно подобранные дозы этих препаратов обеспечивают полноценное полостное пищеварение и функциональный покой поджелудочной железы.

Нашими исследованиями установлено, что у больных хроническим панкреатитом длительная поддерживающая терапия этими препаратами в указанном режиме приводят к достоверному уменьшению частоты возникновения, снижению интенсивности и длительности болевого абдоминального синдрома.

Заключение.

Таким образом, терапия хронических панкреатитов должна носить комплексный характер и включать не только заместительную терапию экзокринных нарушений поджелудочной железы и этиотропную терапию, немало важную роль играет ступенчатая диетотерапия, которая включает в себя различные диетические рекомендации, соответствующие определённым стадиям заболевания.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Осыко Я.А., Четверткова Т.Ф., Кулигин А.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», Минздрава РФ, Саратов

На современном этапе развития медицины летальность при панкреонекрозе остается на высоком уровне. По данным литературы, ранняя госпитализация пациентов, дифференциальный подход к выбору метода лечения, применение рационального сочетания хирургической тактики с проведением интенсивной корригирующей терапии, объема и сроков оперативного вмешательства позволяют в некоторой степени снизить процент умерших больных.

Цель. Выявление ведущих причин летальности у пациентов с диагнозом «панкреонекроз» в отделении реанимации и интенсивной терапии и определяющих патологических синдромов, приводящих к смерти пациентов.

Методы исследования. Ретроспективно изучено 90 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ОРИТ №1 Саратовской ОКБ по поводу панкреонекроза в период с 07.2009 г. по 11.2012г. В исследуемую группу вошли 26 женщин и 64 мужчин в возрасте от 19 до 73 лет без тяжелой сопутствующей патологии. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от исхода заболевания. Летальный исход наблюдался в 29 случаях из 90. Анализ биохимических и общих показателей крови проводился в день госпитализации, в 1-е, на 3-и и 7-е послеоперационные сутки, в день перевода в отделение хирургии. Учитывались сроки манифестации ведущих патологических синдромов, обуславливающих тяжесть состояния пациентов – церебральная, дыхательная, сердечно-сосудистая, печеночная, почечная недостаточность, дисфункция ЖКТ, синдром системной воспалительной реакции; сроки и количество оперативных вмешательств. Расчет производился программой STATISTICA 8.0.

Результаты. В ходе проводимого исследования выявлено, что в группе пациентов с летальным исходом (29 человек) дыхательная, сердечно-сосудистая, церебральная недостаточность и дисфункция ЖКТ наблюдались у всех умерших больных различной степени выраженности. У пациентов с наличием одновременно пяти и более патологических синдромов в 100 % случаев наступал летальный исход. Среди пациентов с синдромом системной воспалительной реакции (12 человек в 2-х группах) выжили 4 (33,3%). На ранних этапах заболевания патологические синдромы носили обратимый характер. Среди них в первую очередь развивались дисфункция желудочно-кишечного тракта и дыхательная недостаточность. В 1-3 сутки с момента оперативного лечения основной причиной летального исхода являлся инфекционно-токсический шок (9 человек, 31%). В более поздние сроки 7 суток после операции и далее пациенты умирали в основном от нарастания синдрома множественной органной дисфункции, в котором преобладали церебральная и сердечно-сосудистая недостаточности (18 человек, 62%).

Выводы.

1. Наличие пяти и более ведущих патологических синдромов является прогностически неблагоприятным признаком в течение основного заболевания.
2. На ранних сроках заболевания в структуре летальности преобладает инфекционно-токсический шок.
3. Основные пики летальности приходятся на 1-3 сутки от момента оперативного вмешательства и более 7 суток от момента оперативного лечения при повторных хирургических вмешательствах.
4. В более поздние сроки заболевания прогрессирование синдрома множественной органной дисфункции на фоне проводимого лечения приводит к летальному исходу.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ШКАЛ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Рябин Н.С., Ивачёва Н.А., Ивачёв А.С., Ильясов Р.Р.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава РФ, Пенза

Цель работы состояла в сравнительной оценке диагностической ценности интегральных шкал тяжести состояния пациентов в прогнозе течения острого панкреатита.

Материалы и методы. В исследование включены 60 больных с острым панкреатитом (ОП): 31 пациент с деструктивной формой (ОДП) и 29 - с отечной. Для прогнозирования тяжести течения ОП были использованы шкалы APACHE II (система оценки тяжести состояния заболевания позволяет определить вероятность смертельного исхода и определить тактику ведения пациента), SOFA (шкала оценки органной недостаточности, связанной с сепсисом, или динамическая оценка недостаточности органов) и MODS II (шкала выраженности полиорганной дисфункции предназначена для объективной оценки тяжести органных нарушений со стороны многих органов и систем больного, позволяет определить вероятность наступления неблагоприятного исхода). Расчеты по показателям проводили в первые и третьи сутки (Ме (LQ-UQ)) от поступления в стационар, так как отсутствие положительной динамики на фоне интенсивной терапии в течение 2-3-х суток является абсолютным показанием к оперативному лечению. Важной характеристикой любого метода исследования является достоверность, характеризующая способность метода отличать здоровых людей от больных. Она включает два компонента: чувствительность и специфичность. Чувствительность – это способность метода правильно определять тех, у кого есть болезнь; измеряется долей истинно положительных результатов. Специфичность – способность метода правильно определять тех, у кого нет болезни (определяется долей истинно отрицательных результатов у здоровых людей). Общая точность – соотношение числа истинно положительных результатов и истинно отрицательных заключений к общему числу окончательных диагнозов. Этот показатель является объективным отражением процесса выявления заболевания и гипердиагностики заболевания.

Результаты и обсуждения. Полученные показатели шкал APACHE II, SOFA и MODS II в первые сутки госпитализации были статистически выше в группе больных ОДП ($p=0,00000$, $p=0,000587$ и $p=0,000959$ соответственно). Следовательно, использование данных систем оценки тяжести позволяет верифицировать панкреонекроз в первые 24 ч. При этом анализ данных систем на момент поступления и на третьи сутки показал, что значения в группе больных ОДП достоверно не различались: для APACHE II $p=0,326$, для SOFA $p=0,759$, для MODS II $p=0,721$, то есть наблюдалось отсутствие положительной динамики на фоне интенсивной терапии, что подтверждает правильность выбранной тактики у пациентов данной группы - 84,7% (50 из 59) больных были оперированы в первые трое суток.

В группе с отечным панкреатитом наблюдалась положительная тенденция на фоне проводимого лечения. Так показатели интегральных шкал APACHE II и SOFA были статистически ниже на третьи сутки и составили $p=0,0000$ и $p=0,0006$ соответственно, значения MODS II достоверно не различались ($p=0,257$).

Согласно данным литературы, оценка тяжести состояния пациента, производимая по шкалам, позволяет спрогнозировать риск неблагоприятного исхода и/или предсказать течение заболевания в будущем. С целью определения эффективности диагностических систем APACHE II, SOFA и MODS II для прогноза летального исхода у

больных ОП были рассчитаны чувствительность, специфичность и точность интегральных шкал. Положительным результатом считалось для шкалы APACHE II наличие 8 и более баллов, для SOFA - 3 и более, для MODS II - 2 и более.

Согласно полученным данным, наибольшей чувствительностью в прогнозе летального исхода у больных ОП обладают шкалы APACHE II и MODS II по сравнению с SOFA. Анализ показал, что ни одна из многометрических систем не обладала точностью, превышавшей 80%. Следует отметить, что большей специфичностью и точностью обладала шкала SOFA.

Для определения диагностической эффективности систем APACHE II, SOFA и MODS II в плане прогноза развития гнойно-некротических осложнений у больных ОП также были рассчитаны чувствительность, специфичность и точность многометрических шкал.

Проведенный анализ показал, что максимальной чувствительностью в плане прогноза развития ГНО обладала шкала APACHE II, а наибольшей специфичностью и точностью – система SOFA, при этом чувствительность у нее была минимальна.

Таким образом, наиболее сбалансированной шкалой в прогнозе развития ГНО у больных ОП следует считать в нашем случае APACHE II при пороговом значении 8 и более баллов, а в прогнозе летального исхода преимущество за шкалой SOFA при пороговом значении 3 и более баллов.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНКРЕОНЕКРОЗА С
НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ.
АКТГ - ЭКТОПИРОВАННЫЙ СИНДРОМ.**

Рыбчич О.Я., Шимохина О.Н., Сергеева-Кондраченко М.Ю., Матвеева И.А.,
Матурина Т.И., Фролова И.В.
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза
ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей», Минздрава РФ,
Пенза

Около 15-20% случаев АКТГ - зависимого синдрома гиперкортицизма обусловлено наличием у пациентов эктопических опухолей различных локализаций, продуцирующих адренокортикотропный гормон (АКТГ) и/или кортикотропин – рилизинг - гормон (КРГ), клинические проявления которых связаны с развитием синдрома гиперкортицизма, а не с локализацией опухоли. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы встречаются редко, а АКТГ - секретирующие среди них составляют не более 7%.

Диагностика и лечение пациентов, у которых эктопированный АКТГ - синдром вызывается опухолью поджелудочной железы сложны. Топическая диагностика данного заболевания проводится с помощью МРТ или КТ брюшной полости.

В данной статье описан клинический случай злокачественной формы АКТГ - эктопированного синдрома, представленного аденокарциномой поджелудочной железы, продуцирующей АКТГ.

Пациентка К., 29 лет, с декабря 2012г., (при сроке беременности 14 недель), отмечала отеки голеней и стоп, появление широких багровых стрий на передней поверхности брюшной стенки и конечностях, повышение АД до 180\ 100 мм рт. ст., нарастание боли в поясничном отделе позвоночника.

При обследовании у пациентки выявлен гиперкортицизм (кортизол мочи 644,1 нмоль/л (норма 11,8-485,6) , кортизол крови 1951 нМ/л (норма 180-650), АКТГ 271,4 пг/мл (норма 8,3-57,8)), сахарный диабет (глюкоза крови 15 ммоль/л), гипотиреоз (ТТГ крови - 5,4 мкМЕ/мл).

При спиральной компьютерной томографии (СКТ) брюшной полости – признаки панкреонекроза, затем визуализировано объемное образование тела поджелудочной железы, множественные метастазы в печени (заключение пункционной биопсии: нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы – аденокарцинома.)

С сентября 2013 года проводилось лечение агонистами дофаминовых рецепторов (октреотид депо 30 мг в/м ежемесячно, затем сандостатин ЛАР 60 мг в/м), проведено 3 курса химиотерапии.

В декабре 2013 года поступила в эндокринологическое отделение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» с клиническим диагнозом: АКТГ – эктопированный синдром, тяжелая форма. Рак головки поджелудочной железы. Метастазы в печень и регионарные лимфатические узлы. Состояние после 5 курсов химиотерапии. Стероидный сахарный диабет в стадии декомпенсации. Стероидная кардиомиопатия. Первичный гипотиреоз, средней степени тяжести. Паранеопластическая нефропатия, отечный синдром. Гипертоническая болезнь 2 ст., 3 ст., риск 4. Остеопения в L1-L4 поясничного отдела позвоночника. Ожирение 2 ст. (по ВОЗ).

Объективно: Рост 155 см. Вес 95 кг. ИМТ 39,5 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Лунообразное лицо, "матронизм". Распределение п/к жирового слоя избыточное, неравномерное. Мраморность, цианоз кожных покровов, на передней и боковых поверхностях живота имеются темно-багровые широкие стрии, геморрагические высыпания на внутренней поверхности предплечий. Выраженные отеки конечностей, туловища, лица. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Резкая болезненность при пальпации в поясничном отделе позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 80 уд в мин., пульс 80 в мин, пульс удовлетворительного качества, наполнения. АД 140 и 90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет избыточного отложения п/к жирового слоя. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см, безболезненная. Болевая, температурная, тактильная, вибрационная чувствительность на конечностях снижена по типу "носков" и "перчаток". Щитовидная железа пальпируется за счет долей, плотновато-эластической консистенции, не увеличена, безболезненная. Симптом Пастернацкого: отрицательный.

При обследовании в эндокринологическом отделении: кортизол крови 1951 нМ/л (норма 180-650), кортизол из суточного количества мочи 644,1 нмоль/л (норма 11,8-485,6), АКТГ 271,4 пг/мл (норма 8,3-57,8), ФСГ 15,5 мМЕ/мл (норма 2,5-10,2), ЛГ 0,6 мМЕ/мл (норма 1,9-12,5), ДГЭА-С 0,9 мкг/мл (норма 0,3-3,4), ТТГ 0,7 мМЕ/мл (норма 0,3-3,4), Т4 св. 13,2 нмоль/л (норма 10-25). Гликированный гемоглобин 9,67 % .

Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости от 31.01.2013г: Заключение: Образование тела поджелудочной железы, множественные метастазы в печени (до 5 см).

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга от 26.12.2013: Заключение: МР картина локального расширения субарахноидальных ликворных пространств. МР признаки аденомы гипофиза.

УЗИ органов брюшной полости от 24.12.2013: Заключение: Увеличение печени, диффузные изменения паренхимы печени, множественные объемные образования в паренхиме печени (mts), диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы, УЗ картина объемного образования поджелудочной железы.

Проведено лечение: диетотерапия, инсулинотерапия, агонисты дофаминовых рецепторов, ингибиторы стероидогенеза, диуретики в/в, препараты Са, гормональная заместительная терапия, препарат вит. Д3, ферменты, НПВС в/м, седативные препараты, антиагреганты, ингибиторы протонной помпы, бета - блокаторы, ингибиторы ДПП-4.

На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось, значительно уменьшились отеки лица, конечностей, (вес снизился на 10 кг), углеводный обмен компенсирован.

Пациентка направлена в ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ г. Москва с целью проведения двусторонней адреналэктомии.

Заключение: Таким образом, эндокринологам, врачам общей практики, хирургам необходимо помнить о сложности дифференциальной диагностики нейроэндокринных опухолей, продуцирующих АКТГ.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ДРУГИЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ И СОСУДАХ

Середин С.А., Базылев В.В., Зиновьев Д.Ю., Баулин А.В., Антипова М.И.

ГБУЗ «Пензенская городская клиническая больница № 5», Пенза

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, Пенза

Введение. Абдоминальные осложнения после операций на сердце и сосудах, выполняемых в условиях искусственного кровообращения, возникают у 0,3%-2% оперированных, однако приводят к значительному ухудшению состояния больных и сопровождаются высокой послеоперационной летальностью (11-59 %). На долю острого панкреатита приходится 11-35% от абдоминальных осложнений с летальностью до 35-85%. Так же среди абдоминальных осложнений встречаются: острая неокклюзионная мезентериальная ишемия (25% с летальностью 30–93 %); язвенные гастроинтестинальные поражения (до 25% с развитием кровотечений и летальностью от 9,6 до 80%).

Цель работы: провести анализ причин развития острого панкреатита и других абдоминальных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных оперированных на сердце и сосудах.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 33109 больных, оперированных в ФГБУ «ФЦССХ» (г. Пенза) в 2010-2013 годах по поводу патологии сердца и сосудов. Абдоминальные осложнения были отмечены у 127 больных (0,38%). Диагностика абдоминальных осложнений у пациентов после операций на сердце и сосудах была затруднена в связи с невозможностью полноценного контакта с больным в послеоперационном периоде, на фоне длительной искусственной вентиляции легких, применения седативных препаратов и наркотических анальгетиков. Более того, имевшаяся клиническая симптоматика зачастую оказывалась неспецифичной и не имела классической картины.

Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде преходящая амилаземия отмечена у 1666 больных (5,03%). Болевой синдром в брюшной полости с амилаземией в течение нескольких дней без явных клинических проявлений панкреатита наблюдали в 82 случаях. Острый панкреатит, подтвержденный данными УЗИ и КТ развился у 37 больных (0,11% от общего числа оперированных в центре и 29,1% от числа абдоминальных осложнений). Из них деструктивная форма установлена у 19 (51,4%), отечная – у 18 (48,6%). Оперировано 11 пациентов (29,7%). С острой, преимущественно неокклюзионной ишемией, оперировано 15 пациентов. По поводу язвенных гастроинтестинальных кровотечений оперировано 4 пациента. Прободная язва выявлена у 4 пациентов, все оперированы. Прочих абдоминальных операций – 11. Умерло с абдоминальными осложнениями 27 больных, что составило 0,08% от общего числа оперированных в центре. При этом в структуре абдоминальных осложнений общая летальность составила – 21,3%, послеоперационная – 60%.

Выводы:

1. Основной причиной развития острого панкреатита и других, выявленных нами абдоминальных осложнений, у больных, оперированных на сердце и сосудах, считаем ишемию органов ЖКТ, развивающуюся на фоне гипоперфузии.

2. Среди факторов риска, оказывающих наиболее влияние на развитие абдоминальных осложнений у данной категории пациентов, следует отметить длительное искусственное кровообращение, длительную искусственную вентиляцию легких, острую сердечную недостаточность, ДВС-синдром.

ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ

О.С. Малахова, А.Г. Голубев, Л.М. Мосина, В.И. Давыдкин, А.В. Вилков
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск

Внедрение в клиническую практику ультразвукового исследования открывает широкие возможности в диагностике ОП. Неинвазивность, мобильность и простота исследования позволяют применять УЗИ даже у тяжелых пациентов. Однако, несмотря на его широкое распространение, остается до конца не изученной его информативность в исследовании портальной гемодинамики при ОП.

Цель. Целью работы явилось изучение особенностей портального кровотока у больных ОП путем применения ультразвуковой доплерографии.

Задачи исследования. 1. Изучить линейные и объемные показатели скорости кровотока вен портальной системы. 2. Выявить особенности портального кровотока у больных острым панкреатитом различной этиологии.

Материалы и методы. Критерием включения пациентов в исследование послужило наличие установленного диагноза: ОП, возраст от 20 до 70 лет.

Критериями исключения служили: цирроз печени, злокачественные или доброкачественные новообразования печени, психические заболевания.

Проводилось исследование лабораторно-биохимических показателей: амилаза крови, АлАТ, АсАТ на 1, 3, 6, 9 и 12 сутки, а также УЗИ-исследование с определением линейного и объемного кровотока в селезеночной и воротной венах на 1, 3, 6, 9 и 12 сутки.

Результаты и обсуждение. В группу исследования вошли 28 пациентов с ОП. Среди них 16 (57%) мужчин и 12 (43%) женщин в возрасте от 20 до 70 лет. Средний возраст у мужчин $47,19 \pm 3,35$ лет, у женщин – $56,25 \pm 2,25$ лет.

При изучении портального кровотока у пациентов с ОП нами были выявлены следующие изменения. При алкогольном панкреонекрозе отмечается увеличение диаметра (до 15 мм) воротной вены начиная с 1 суток и сохраняется в течение всего периода наблюдения. При панкреонекрозе неалкогольного генеза увеличение диаметра воротной вены нами отмечено с 3 по 9 сутки с максимумом на 6 сутки (до 14,5 мм). При отечной форме ОП алкогольного генеза так же отмечается увеличение диаметра воротной вены с 3 суток на весь период наблюдения, аналогично изменениям при панкреонекрозе алкогольного генеза, но увеличение было менее выраженным (до 13,7 мм). У пациентов с отечной формой ОП неалкогольного генеза диаметр воротной вены не превышал нормальных значений начиная с 3 суток.

Изучение объемного кровотока при ОП показало, что при всех формах ОП наблюдается увеличение объемного кровотока в воротной вене от 152% до 361%, При панкреонекрозе, а также отечной форме ОП алкогольной этиологии сохраняется значительное достоверное повышение объемного кровотока в воротной вене, и лишь при отечной форме ОП неалкогольной этиологии наблюдается нормализация объемного кровотока в воротной вене.

Заключение. У пациентов с ОП наблюдается значительное достоверное изменение портального кровотока, выражающееся в увеличении его объемной скорости в воротной вене и возникновении признаков портальной гипертензии. Наиболее выражены эти изменения у больных панкреонекрозом, а также у пациентов с отечной формой ОП алкогольной этиологии, что соотносится с изменением размеров печени, динамикой показателей аминотрансфераз и α -амилазы.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Зырянов В.А., Стец В.В., Климова Г.М., Любимов М.Д.

ФГУ «Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко», Москва

Белково-энергетическая недостаточность является одной из проблем у пациентов находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии. Необходимость проведения оптимальной нутриционной поддержки, выбор способа питания, определение потребности в питательных веществах и решение целого ряда других вопросов требует от врача глубоких знаний и серьезного опыта.

Парентеральное питание (ПП) является основным или дополнительным способом, применяемым тогда, когда другими путями обеспечить адекватное питание не удастся, или когда их использование невозможно или небезопасно. Основная цель ПП – обеспечение поступления нутриентов в количестве, соответствующим потребностям пациента, так чтобы это было безопасно и не вызывало каких-либо осложнений. Многочисленные исследования показали, что голод или недостаточное питание пациентов в ОРИТ связаны с увеличением частоты осложнений и смертности. ПП следует назначать пациентам в ОРИТ в течение 24-48 часов после поступления, если ожидается, что они не будут получать адекватное энтеральное питание в течение 3 суток.

Основными противопоказаниями для проведения ПП являются: адекватно функционирующий кишечник позволяющий обеспечить 100% белково-энергетических потребностей при энтеральном питании; любой рефрактерный шок; тяжелая гипоксия; тяжелый декомпенсированный ацидоз; гипергидратация; ситуации, когда риск осложнений превышает пользу проведения ПП.

Для проведения полноценного ПП необходим сосудистый доступ через центральную вену. Выбор типа катетера определяется продолжительностью ПП: при краткосрочном и среднесрочном ПП подходят различные нетуннелированные центральные венозные катетеры и центральные катетеры, устанавливаемые через периферические вены, при долгосрочном (>3 месяцев) и домашнем ПП – туннелированные катетеры и порты. Использование периферического сосудистого доступа возможно при применении низкоосмолярных (<850 мОсм/л) растворов при проведении частичного или смешанного питания.

ПП должно обеспечивать необходимые потребности в энергии и макронутриентах. Для их определения можно использовать рекомендации по ПП взрослых ESPEN 2009 г. При расчете потребности в энергии необходимо определять истинный расход энергии. Если выполнение непрямой калориметрии невозможно, то пациенты в ОРИТ должны получать 25 ккал/кг/сут. при поступлении в ОРИТ. В течение 2-3 суток это количество доводят до расчетного (формула Харриса-Бенедикта). ПП питание должно содержать углеводы 2-4 г/кг/сут., аминокислоты 1,5-2 г/кг/сут., липиды (длинноцепочечные или среднецепочечные триглицериды или их смесь) 0,7-1,5 г/кг/сут. Соотношение аминокислот, жиров и глюкозы должно составлять 20:30:50%, а соотношение энергии обеспечиваемой глюкозой, и энергией обеспечиваемой жирами 60:40, или даже 70:30. Соотношение общей энергии к азоту должно составлять 104-124 ккал/г у больных с синдромом гиперкатаболизма-гиперметаболизма. Каждая смесь для ПП должна содержать суточную дозу витаминов и микроэлементов.

Оптимальным при проведении ПП является использование систем «три в одном». Использование «флаконной» методики сопряжено с высоким риском ошибок при приготовлении и введении раствора, а также с инфекционными и метаболическими

осложнениями. Помимо этого, некоторые исследования показали, что сохранение азота было максимальным, когда все компоненты ПП вводились одновременно в течение суток.

Основные осложнения ПП можно разделить на три группы: технические (гидроторакс, надрыв вены, воздушная эмболия и др.), метаболические (гипер- и гипогликемия, гипертриглицеридемия, дисэлектrolитемии и др.) и септические.

ПП является важным элементом интенсивной терапии. Использование ПП в клинической практике позволяет уменьшить число осложнений и улучшить результаты лечения больных в критическом состоянии. Знание основных принципов и методов проведения ПП позволяет избежать ошибок и осложнений при его использовании в повседневной работе.

ОПЫТ ПЯТИЛЕТНЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (СМАД)

Лысева Л.М., Иванова О.А., Бакулина И.В., Кокурочникова Г.Н., Рушакова С.Д.,
Токарева Г.В., Гинкевич А.В., Андриянова П.А.

ГБУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова», Пенза
ГБУЗ «Городская детская поликлиника», Пенза

Артериальная гипертензия - одно из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний в экономически развитых странах. Она наряду с атеросклерозом является основной причиной преждевременной смерти и инвалидизации населения. Только в нашей стране около 30 млн. человек страдают повышенным артериальным давлением, ежегодно выявляется до 0,5 млн. больных, а 30-40% больных не знают о том, что больны. Существует обоснованное представление о том, что значительная часть взрослого контингента больных гипертонической болезнью формируется из детей и подростков с повышенным артериальным давлением. Поэтому педиатрический аспект представляет реальную клиническую проблему. Распространенность артериальной гипертензии в детском и подростковом возрасте, по данным разных авторов, значительно варьирует и составляет от 1 до 14%. У половины детей заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет его выявление, а значит и своевременное лечение. У детей, имеющих артериальное давление выше среднего уровня, с возрастом сохраняется тенденция к его повышению. В дальнейшем оно остается повышенным у 33-42%, а у 17-26% детей артериальная гипертензия прогрессирует, т.е. у каждого третьего ребенка, имеющего подъемы артериального давления, в последующем возможно формирование гипертонической болезни. Несомненно, что наиболее высока эффективность профилактики и лечения артериальной гипертензии на ранних этапах ее становления, т.е. в детстве, а не на стадии стабилизации и органических повреждений. Поэтому ранняя диагностика артериальной гипертензии является важной научной и практической проблемой.

В настоящее время в педиатрической практике все более широко применяется метод суточного мониторирования артериального давления (СМАД).

Определение артериального давления в течение суток является наиболее информативным методом диагностики артериальной гипертензии.

В течение 5-ти лет (с 2009 по 2013г.г.) применения СМАД в Областной детской клинической больнице обследовано 1080 детей и подростков от 8 до 18 лет. Направлялись на обследования пациенты кардиологического, эндокринологического, неврологического и соматического отделений.

Основными показаниями для проведения СМАД являлись:

1. Артериальная гипертензия.
 2. Артериальная гипотензия.
 3. Синкопальные состояния.
 4. Кратковременные, трудноподдающиеся регистрации при случайных измерениях, колебания АД.
 5. Гипертензия “белого халата” (white coat hypertension).
 6. Рефрактерная к медикаментозной терапии АГ.
 7. Поликистоз почек.
- Абсолютных противопоказаний к применению метода СМАД в педиатрии нет. К возможным осложнениям относятся:
1. Отек предплечья и кисти.
 2. Петехиальные кровоизлияния.

3. Контактный дерматит.

В нашем случае 5 раз были отмечены петехиальные кровоизлияния, 1 раз контактный дерматит.

Для уменьшения количества осложнений манжета накладывалась не на обнаженное предплечье, а на ткань.

Исследование проводилось на аппаратах автоматического измерения артериального давления и частоты пульса «BPLab» (Нижний Новгород) и «Topoport V» (Германия) осциллометрическим способом.

Исследование начиналось в интервале от 10 до 12 часов утра и проводилось в течение суток по стандартной методике с дневным интервалом измерения 15 мин, ночным – 30 минут. В большинстве случаев переносимость исследования была удовлетворительной. Количество эффективных замеров АД превышало 56 в сутки. Некоторые дети отмечали беспокойный сон.

Для оценки полученных результатов анализировали следующие показатели: средние значения АД (в течение суток, в дневное и ночное время), вариабельность систолического и диастолического давления, нагрузку давлением (индекс времени -ИВ - процент измерений, в которых величины АД превышали установленные нормы), суточный индекс (степень ночного снижения систолического и диастолического давления).

Средние значения АД (систолического, диастолического, среднего гемодинамического, пульсового) дают главное представление об уровне АД у больного, более точно отражают истинный уровень гипертензии, чем однократные измерения.

При оценке показателей в качестве нормы использовали значение 95-го перцентиля, соответствующего определенному возрасту, полу и длине тела.

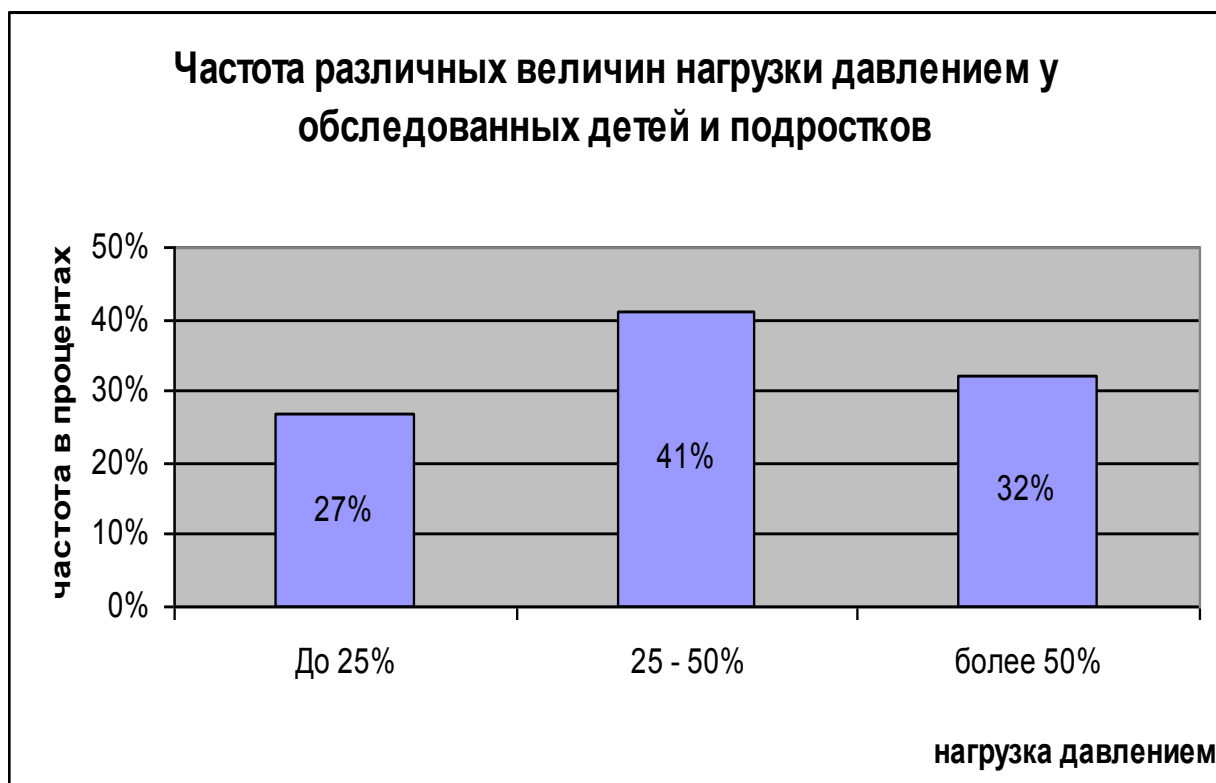
Значения между 90 и 95 перцентильями следует расценивать как “высокое нормальное АД”. Выделение понятия “высокое нормальное АД”, позволяет избежать гипердиагностики и предполагает выделение группы риска по возможности формирования АГ, требующей профилактических мероприятий и динамического наблюдения. За артериальную гипертензию принимали значения АД выше 95 перцентиля.

В результате проведенного анализа, выяснено, что из обследованных детей и подростков преобладали пациенты в возрасте с 14 до 18 лет (821 человек, что составило 76% от общего числа обследованных больных). Соответственно дети от 8 до 13 лет (259 человек) составили 24% от общего количества обследованных лиц.

Причем в группе подростков преобладали лица мужского пола, а в группе детей соотношение было приблизительно равным.

При оценке средних величин САД и ДАД превышение уровня 95 перцентиля в период бодрствования и ночного сна отмечено у детей обоего пола у 34% лиц, причем САД преимущественно в дневное время, а повышение ДАД отмечалось преимущественно в ночное время.

Что касается гипертонической нагрузки (индекс времени ИВ), то у здоровых людей этот показатель не должен превышать 25%, при лабильной артериальной гипертензии процент превышения от 25 до 50, а при стабильной АГ процент превышения составляет 50% и более в дневное и ночное время.



На представленной диаграмме видно, что у 27% обследованных лиц (292 человек) не получено убедительных данных за артериальную гипертензию. У 41% детей и подростков (443 человека) отмечена лабильная форма артериальной гипертензии, а в 32% случаев (345 человек) зарегистрирована стойкая артериальная гипертензия. Из перечисленного следует, что у 73% направленных на обследование по поводу неоднократного офисного повышения артериального давления лиц, диагноз артериальной гипертензии подтвержден у 73%, и в 1/3 случаев гипертензия носила стабильный характер.

В группе лиц, со стойкой артериальной гипертензией (345 человек) преобладала систолическая артериальная гипертензия (317 человек – 92%), систолодиастолическая гипертензия и диастолическая гипертензия отмечены у 14 человек соответственно (по 4%).

Что касается суточного профиля АД, который оценивался по суточному индексу (%снижения АД в ночное время), то оптимальным считается СИ от 10 до 20%. В настоящий момент накоплены данные о взаимосвязи недостаточной степени ночного снижения АД и поражения органов-мишеней у больных АГ.

По величине суточного индекса выделяют четыре группы пациентов:

- “dippers” – СИ 10 – 20%,
- “non-dippers” – СИ 0 – 10%,
- “over-dippers” – СИ > 20%,
- “night-peakers” – СИ < 0.

Нами проанализированы виды ночного снижения АД у обследованных лиц.

Виды ночного снижения АД у обследованных детей и подростков

Виды ночного снижения АД	Группы детей и подростков		
	Без АГ	Лабильная АГ	Стабильная АГ
Количество	292	443	345
Dipper	82 (28%)	128 (29%)	113 (32,7%)
Over-dipper	73 (25%)	199(45%)	105 (30,4%)
Non-dipper	137 (47%)	116 (26%)	124 (36%)
Night-peaker	0	0	3 (0,9%)

Из таблицы видно, что неизменный суточный профиль отмечен у 28% лиц с нормальным артериальным давлением, у 29% лиц с лабильной и 33% со стабильной артериальной гипертензией. Чрезмерное снижение АД в ночное время больше выражено в группе с лабильной артериальной гипертензией (45%). Обращает на себя внимание тот факт, что в группе лиц, не отвечающих критериям артериальной гипертензии по результатам СМАД (ИБ менее 25%), у 47% детей и подростков (чаще, чем в группах с подтвержденной АГ) отмечена недостаточная степень снижения АД, что, по-видимому, свидетельствует о нарушении его регуляции с тенденцией к повышению сосудистого тонуса.

Артериальное давление – один из множества физиологических процессов в организме, подчиненных суточным ритмам. Регистрация АД при условии измерения давления с интервалом 15–30 минут в течение суток, дает достаточно верное представление о вариабельности АД. Для оценки вариабельности использовались: коэффициент вариации (КВ) и стандартное отклонение (СО).

Вариабельность АД считается повышенной, если она превышает норму хотя бы за один период времени.

Повышенная вариабельность АД, как и степень ночного снижения АД, обладает высокой прогностической значимостью в плане возникновения сердечно-сосудистых осложнений у взрослых больных. В результате анализа нами выявлена повышенная вариабельность АД в период бодрствования и ночного сна (по САД или ДАД) у 21% (227 человек) обследованных нами детей и подростков, причем вариабельность САД и ДАД у детей с лабильной и стабильной АГ выше в сравнении с вариабельностью АД в группе детей и подростков без АГ.

Таким образом, у детей и подростков, направленных с диагнозом АГ в результате проведения СМАД были обнаружены значительные отклонения от нормативов, рекомендуемых в настоящее время для оценки результатов СМАД у детей. Эти отклонения могут свидетельствовать о повышении сосудистого тонуса у этих детей, а также о наличии у них нарушений, ассоциируемых с развитием сердечно-сосудистых осложнений во взрослом состоянии. Причем изменения отмечены не только в группах детей с подтвержденной артериальной гипертензией, но и в группе пациентов, не подходящих под критерии артериальной гипертензии по результатам СМАД.

В современных условиях чрезвычайно важно раннее выявление изменений уровня АД у детей. Суточное мониторирование артериального давления позволяет верифицировать начальные отклонения в суточном ритме и величине артериального давления.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГА И НЕОНАТОЛОГА

Бакулина И.В., Кокурочникова Г.Н., Иванова О.А., Лысева Л.М., Агеева Н.В., Токарева Г.В., Рушакова С.Д., Андриянова П.А.
ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова», Пенза

Нарушение сердечного ритма у детей раннего возраста встречается достаточно часто.

Этиология данных состояний различна и подход к ведению таких больных индивидуален в каждом конкретном случае.

Причины, приводящие к нарушению ритма можно разделить на 2 большие группы:

- органического происхождения, которые возникают в результате морфологических, воспалительных, и анатомических изменений в сердечной мышце и проводящих путях.

Данные состояния наблюдаются при ВПС, синдроме WPW, врожденных и приобретенных кардитах, после оперативных вмешательств на сердце и др.

- функционального (дисциркуляторного) происхождения, которые возникают на фоне вегетативной дисфункции, адаптационных механизмов.

Возможны при церебральной ишемии, персистирующей легочной гипертензии новорожденных, персистирующих фетальных коммуникациях, при гипотиреозе и др.

Анализ нарушений ритма проведен у пациентов раннего возраста с периода новорожденности до 2-х лет по материалам историй болезни 3, 35 и 9 отделений ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова.

За период работы 2011–2013гг нарушение ритма отмечалось у 21 пациента.

Предсердная экстрасистолия – 7 человек.

Желудочковая экстрасистолия – 5 человек

Мерцательная аритмия – 1 человек.

Синдром WPW – 2 человека

Хроническая непароксизмальная тахикардия - 3 человека.

Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия - 3 человека.

Предсердная и желудочковая экстрасистолия является наиболее часто встречаемой. Всем детям проводилось холтеровское мониторирование для определения количества экстрасистол. В наших наблюдениях суточное количество экстрасистол в сутки составляло от 2000 до 5000, что не является критическим и гемодинамически значимым. У детей отмечались ВЖК, натальная травма ЦНС, персистирующая легочная гипертензия и другие состояния, которые ведут к гипоксии.

Изменения со стороны сердца в данных ситуациях являются вторичными. Назначения патогенетической терапии, дегидратации, метаболических средств позволяет достигнуть стойкого положительного эффекта.

Мерцательная аритмия (МА) наблюдалась у 1 новорожденного. Возникла в первые сутки после рождения. В родах наблюдалась асфиксия и накладывались акушерские щипцы. При динамичном наблюдении в течение суток на фоне кардиотрофной, антиоксидантной терапии ритм восстановился. В данной ситуации МА носила идиопатический характер.

По данным других авторов, можно сказать, что МА в периоде новорожденности встречается довольно часто и при нормосистолической форме как правило носит доброкачественный характер.

У детей более старшего возраста, МА является грозным осложнением и требует оказания экстренной помощи для предотвращения тромбоэмболических осложнений.

Синдром WPW наблюдался у 2 детей. У одного из них он манифестировал наджелудочковой пароксизмальной тахикардией. Приступ купирован в\в введением АТФ. Рецидивов приступов не возникало. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.

У второго пациента синдром WPW обнаружен случайно, клинически никак себя не проявил. Ребенок наблюдается амбулаторно по месту жительства.

Наиболее серьезная и прогностически неблагоприятная группа детей с хроническими тахикардиями (ХТ). Под нашим наблюдением находиться 6 пациентов с данной патологией. Из них 4 девочки и 2 мальчика. У троих детей ХТ возникла на фоне ВПС - ДМПП, аномалии Эбштейна. Внезапно возникшее нарушения ритма в данных ситуациях отягощает течение ВПС, и требует оказания высокотехнологичной помощи. У 3 детей отмечалась суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия с узкими комплексами QRS. У одного из пациентов приступ купировался введением АТФ в\в струйно, но потребовал поддерживающей терапии финлепсином длительное время. У 2-х других введение АТФ не дало положительного результата, и возникла необходимость в введении изоптина в\в медленно струйно в возрастной дозировке. Эффект возник < на игле>, но был нестойким. Потребовалось введение изоптина до 5 раз в сутки, в связи с рецидивами тахикардии. Одновременно назначалась базисная терапия финлепсином в сочетании с дигоксином или кордароном внутрь.

Особо следует сказать, о лечении детей с суправентрикулярной тахикардией с абберрантными комплексами QRS. В ряде случаев трудно дифференцировать данный вид нарушения ритма с желудочковой пароксизмальной тахикардией.

Для снятия приступа в таких случаях использовался кордарон для внутривенного введения, который является препаратом выбора в данных ситуациях.

Мы использовали 2 метода введения препарата. В одних случаях суточная доза вводилась в течение часа болюсно, в других - распределялась на 24 часа. Мы считаем предпочтительным первый вариант.

В дальнейшем, дети длительно получают поддерживающую дозу кордарона и курсы метаболической терапии.

По данным литературы, возможны случаи торпидного течения ПТ, не поддающееся стандартным методам лечения, которые требуют проведения кардиоверсии. В наших случаях пациенты адекватно отреагировали на проводимую консервативную терапию.

По тяжести состояния дети находились в отделениях реанимации, где проводился суточный мониторинг ЭКГ, ЧСС и АД. Перевод в отделения проводился лишь после стойкой ремиссии, отсутствия рецидивов тахикардии.

Нужно отметить, что у детей раннего возраста при ПТ быстро возникает сердечно-сосудистая недостаточность, которая проявляется мраморностью кожного покрова, увеличением печени, одышкой, отеками.

В связи с этим правильно подобранная терапия, и своевременное купирование угрожающего жизни состояния является очевидным.

Заключение: диагностика и лечение нарушений ритма у детей в раннем возрасте непростая задача.

В некоторых ситуациях назначение метаболической и кардиотрофной терапии быстро приводят к значительному улучшению состояния ребенка.

В других - применение лишь комплекса антиаритмических препаратов, проведение интенсивной терапии в отделении реанимации позволяет говорить о стабилизации состояния.

Катамнестическое наблюдение кардиолога и подбор лекарственной терапии, а в некоторых ситуациях и проведение хирургического вмешательства позволяет говорить о ремиссии болезни.

В любом случае, лечение нарушение ритма у детей имеет благоприятные перспективы, и дает неограниченные возможности врачу поиска новых методов терапии данной категории больных.

ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Булыков В.И., Можжухина И.Н., Миронов П.Н.
ГБУЗ «Пензенская городская клиническая больница №4», Пенза

Отеки нижних конечностей – это наиболее частый симптом, по поводу которого направляются пациенты на прием к ангиохирургу врачами других специальностей, рассматривающими их как патологию исключительно венозной или лимфатической систем. Отеки представляют собой увеличение размеров той или иной части тела, обусловленное избыточным накоплением жидкости в межклеточном пространстве, появляющееся при нарушении баланса трансапиллярной фильтрации и реабсорбции жидкости и лимфодренажа. Осложнениями грозят не сами отеки ног, а их причины, на которые и должен быть направлен лечебный процесс.

Нами проведен анализ 208 случаев отеочного синдрома нижних конечностей при первичном специализированном приеме в поликлинике за 4 месяца 2013г. Обследованы лица различного возраста (от 18 до 86 лет) и пола (женщин-70%, мужчин-30). Во всех случаях диагностика проводилась в 2 этапа: клинический осмотр и ультразвуковое ангиосканирование на аппаратах Phillips HD 7 XE, Sonix OP.

Цель: выявление причин возникновения отеочного синдрома.

Результаты исследований.

Патология	абс. ч.	%
1. Хроническая венозная недостаточность	112	53,8
2. Лимфедема	26	12,5
3. Остеоартикулярная патология	26	12,5
4. Рожистое воспаление	8	3,8
5. Острый тромбоз глубоких вен	6	2,9
6. Флебопатия беременных	5	2,4
7. Сердечная недостаточность	3	1,4
8. Патология почек	2	1,0
9. Липедема	2	1,0
10. Критическая ишемия конечности	2	1,0
11. Патология печени	1	0,5
12. Ортостатический отек	1	0,5
13. Другие причины	14	6,7
14. Всего	208	100

Проведенная диагностика показала, что собственно патология венозной и лимфатической систем составила 69,2% (144 ч.) от всех случаев. Болезни других органов и систем-30,8% (64 ч.), из них остеоартикулярная патология выявлена в 40,6% (26 ч.) случаев.

Выводы: Взвешенная оценка клинических симптомов и применение высокоинформативных данных ультразвукового ангиосканирования позволяют выявить причины отеочного синдрома на амбулаторном этапе и правильно выбрать тактику лечебного процесса.

ВАКУУМНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кочмарева Т.В.¹, Сергацкий К.И.^{1,2}, Шалдыбин И.Г.^{1,2}, Просточенко О.В.¹, Мизонов Д.В.¹, Оганезов В.Л.¹, Шалдыбин Д.И.¹, Петров И.И.¹, Е.А. Лазутов¹

¹ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза

²ФГОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт, кафедра «Хирургия», Пенза

Актуальность.

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу.

Широкое распространение среди отечественных и зарубежных колопроктологов получил достаточно простой и эффективный амбулаторный метод лечения – лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами (Воробьев Г.И. и соавт., 2010).

Цель: изучить результаты лечения хронического геморроя методом вакуумного лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами.

Материалы и методы.

Всего за период исследования под наблюдением на амбулаторном приеме находились 35 пациентов, страдающих хроническим геморроем, которым была проведена процедура вакуумного лигирования внутренних геморроидальных узлов. Мужчин было 8 (22,9 %), женщин 27 (77,1 %). Распределение больных хроническим геморроем по полу и возрасту согласно классификации ВОЗ (2000) представлено в таблице.

Таблица.

Распределение больных хроническим геморроем по полу и возрасту (ВОЗ, 2000)

Возрастная группа	Возраст больных, лет	Муж.	Жен.	Всего	
				абс.	%
Молодые	18-29	-	6	6	17,2
Младший средний возраст	30-44	3	8	11	31,4
Старший средний возраст	45-59	5	13	18	51,4
Итого		8	27	35	100

Распределение больных с хроническим течением геморроя согласно стадиям процесса, которым была выполнена процедура латексного лигирования, было следующим: первая-вторая стадия заболевания - 1 наблюдение (2,9%), вторая стадия – у 14 (40 %) больных, вторая-третья стадия процесса зафиксирована в 14 случаях (40 %), третья стадия выявлена у 5 пациентов (14,2 %) и у 1 (2,9 %) больного выставлена третья-четвертая стадия хронического геморроя в зависимости от выраженности каждого геморроидального узла.

Методика вакуумного лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами была следующая. Подготовка к процедуре – механическая очистка прямой кишки от каловых масс (очистительные клизмы или специальные

препараты). Особенности самой процедуры: лигирование выполняли всегда проксимальнее зубчатой линии; лигирование каждого узла выполняли одномоментно 2-мя латексными кольцами; за один сеанс лигировали не более 2-х геморроидальных узлов; лигирование выполняли при отрицательном давлении 0,4-0,6 атмосфер; по окончании процедуры в анальный канал устанавливали мазевой тампон. В случае необходимости повторного сеанса лигирования, последний выполняли не ранее чем через 4-6 недель после первой процедуры. Стандартное проведение вакуумного лигирования не требовало местного обезболивания. На 3-5 сутки после перенесенной процедуры проводили контроль зоны лигирования для ранней диагностики возможных осложнений.

В 24 (68,6 %) случаях выполнено наложение одного латексного кольца на внутренний геморроидальный узел. В 7 (20 %) наблюдениях выполнено вакуумное лигирование латексными кольцами двух геморроидальных узлов. В 4 (11,4 %) случаях проведено последовательное лигирование трех внутренних геморроидальных узлов.

Результаты и обсуждение.

Учитывая невыраженность геморроидальных узлов при первой стадии хронического геморроя, лигирование латексными кольцами выполнено лишь в 1 (2,9 %) случае. Больным с четвертой стадией заболевания, то есть с постоянно выпадающими геморроидальными узлами, лигирование выполнено так же лишь в 1 (2,9 %) наблюдении, учитывая четко выраженные границы между наружными и внутренними узлами. При так называемом циркулярном геморрое проведение лигирования считаем нецелесообразным, так как при отсутствии четко выраженных границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами (комбинированный геморрой) методика латексного лигирования затруднена и ограничена.

Большинство пациентов (n=31 - 88,6 %) после лигирования отмечали чувство дискомфорта разной степени выраженности (чувство инородного тела, позывы к дефекации и пр.) в течение 3-6 часов после процедуры.

Осложнения после проведения вакуумного лигирования внутренних геморроидальных узлов были зафиксированы следующие. В 1 (2,9 %) наблюдении на этапе освоения методики при наложении одного латексного кольца было зафиксировано миграция кольца с ножки узла, выполнено повторное наложение. После этого случая всегда на геморроидальный узел накладываем одномоментно 2 латексных кольца. Еще в 1 (2,9 %) случае был зафиксирован выраженный болевой синдром, который купировался применением пероральных обезболивающих средств. У 2 пациентов на 2-3 сутки после проведения вакуумного лигирования возник острый геморрой наружных геморроидальных узлов. Проведено консервативное лечение с положительным эффектом.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 до 18 месяцев у 94,3 % пациентов (n=33). Количество больных с рецидивом геморроя составило 2 (5,7 %)

Выводы.

1. Вакуумное лигирование внутренних геморроидальных узлов в амбулаторной практике является высокоэффективным и безопасным методом лечения внутреннего хронического геморроя.

2. При проведении методики целесообразна наложение на один геморроидальный узел двух резиновых колец одновременно.

3. За один сеанс допустимо лигирование не более двух геморроидальных узлов.

4. Контроль зоны наложения лигатуры на 3-5 сутки после проведенного лигирования позволяет выявить осложнения процедуры на раннем этапе.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ КЛИНИКОЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРОВ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кулюцина Е.Р., Левашова О.А., Кривченкова Е.В.
ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей»
Минздрава России, Пенза

Цель исследования: с помощью системного подхода и системного анализа разработать и обосновать комплексную клинико-лабораторную оценку здоровья доноров с целью оптимизации процессов заготовки гемокомпонентов, а также обоснования методических подходов к проведению мероприятий по сохранению здоровья доноров как здорового населения Пензенской области.

В задачи исследования входило: на основании комплексной клинико-лабораторной оценки здоровья доноров создание экспериментального программного обеспечения активной базы данных комплекса интерактивных электронных паспортов доноров в режиме удаленного доступа по схеме клиент/сервер, для создания централизованной интеллектуальной системы обработки, хранения и защиты информации на уровне специализированного медицинского учреждения (станция переливания крови).

Кафедрой клинической лабораторной диагностики ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России на базе ГБУЗ Пензенская областная станция переливания крови проведено комплексное клинико-лабораторное обследование доноров, поддержанное грантом ФГБУ «Российский фонд фундаментальных исследований» (проект № 12-07-97009/12-р_поволжье_a «Алгоритмы и программное обеспечение медицинской информационно-аналитической системы в области гематологии»). Данная НИР выполнена в рамках научных исследований по договору о совместной научно-технической деятельности с Алтайским филиалом Учреждения Российской Академии медицинских наук Гематологического научного Центра РАМН по теме «Новые лабораторные технологии обеспечения эффективности трансфузий гемокомпонентов».

Было проведено клинико-лабораторное обследование 301 донора ГБУЗ Пензенская областная станция переливания крови, подписавших информированное согласие и заполнивших анкету. В исследование были включены 77 доноров крови и 224 донора дискретного и аппаратного плазмафереза. В каждой группе доноров, разделенных по виду донорства, они были распределены по возрасту и полу следующим образом:

Таблица.

Распределение доноров крови и плазмы.

Возраст (годы)	Доноры крови		Доноры плазмы		Итого (n)
	Мужчины (n)	Женщины (n)	Мужчины (n)	Женщины (n)	
18 – 31	29	17	54	36	136
32 – 45	13	12	37	46	108
46 - 60	3	3	30	21	57
Всего(n)	45	32	121	103	301

В каждой группе доноров преобладали мужчины и доноры самой молодой (18 – 31 год) возрастной группы. Доноры плазмы обследовались те, которые пришли на донацию после перерыва (отдыха) от одного месяца и более. Все доноры крови были первичные и взяты в качестве группы сравнения.

В анкете отмечались возраст, пол, место работы, содержались два вопроса, отражавших анамнестические данные для выяснения возможной семейной склонности к тромбофилическим состояниям и связанных с ними патологиями. Также доноры отвечали на 10 вопросов, касающихся физической активности, питания, приема алкоголя, кофе и курения, т.е. тех факторов, которые имеют значение в развитии взаимосвязанных между собой анемического синдрома и склонности к тромбофилии, связанной с гипергомоцистеинемией. Была разработана бальная оценка результатов анкетирования. По сумме баллов определялся риск развития тромбозов.

Вторым этапом оценки состояния здоровья доноров было проведение общего анализа крови (ОАК) по 25 параметрам и 6 скатерограммам на автоматическом гематологическом анализаторе SysmexXT-2000i («Roche»). Объем гематологических исследований значительно расширен, так как при обследовании доноров перед донацией согласно действующих нормативных документов учитываются результаты минимального количества тестов, таких как уровень гемоглобина, количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Также были выполнены дополнительно скорость оседания эритроцитов (СОЭ), оценка мазка крови, окрашенного по Романовскому-Гимзе, с подсчетом лейкоформулы и расчетом индексов интоксикации – интегральных иммунологических показателей: лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ), индекса инфицированности (ИИ), индекс соответствия лимфоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ) и индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ).

Параметры, используемые при освидетельствовании доноров были в пределах нормы, также, как и показатели лейкоформулы. Однако наиболее информативными были дополнительные тесты развернутого ОАК, проведенного на автоматическом гематологическом анализаторе и интегральные иммунологические показатели, которые и были включены в алгоритмы для оценки степени риска развития анемического синдрома, тромбофилических состояний, синдрома эндогенной интоксикации.

Третьим этапом выполнялись тесты, являющиеся предикторами сердечно-сосудистых заболеваний: гомотеин, высокочувствительный СРБ (вчСРБ), цистатин С. Биохимические параметры определялись на автоматических анализаторах: гомотеин иммунохемилюминесцентным методом на анализаторе ARCHITECT, цистатин иммунологическим на автоматическом биохимическом анализаторе Салфир, вчСРБ иммуноферментным методом на ридере StatFax 3200.

Гемостазиологические параметры гемокоагуляционного гемостаза протромбиновое время с определением МНО, тромбиновое время, АПТВ, фибриноген клоттинговыми методами на коагулометре Монилаб 701, D-димер иммуноферментным методом на ридере StatFax 3200.

ПЦР-диагностика генетических полиморфизмов, ассоциированных с риском развития тромбофилии, проводилась по генам F2-протромбин (*фактор II свертывания крови*) – полиморфизм F2: 20210 G>A, F5 (*фактор V свертывания крови*) – полиморфизм F5: 1691G>A, F7 (*фактор VII свертывания крови*) – полиморфизм F7: 10976 G>A, F13A1 (*фактор XIII свертывания крови*) – полиморфизм F13A1: G>T (Val 34 Leu), FGB – фибриноген (*фактор I свертывания крови*) – полиморфизм FGB: -455 G>A, Серпин 1 (PAI-1) (*антагонист тканевого активатора плазминогена*) – полиморфизм PAI-1: -675 5G>4G, ITGA2- α 2 интегрин (*тромбоцитарный рецептор к коллагену*) – полиморфизм ITGA2: 807 C>T, ITGB3-b интегрин (*тромбоцитарный*

рецептор фибриногена) - ITGB3:1565 T>C, в режиме реального времени на амплификаторе DT-lite («ДНК-технология»).

ПЦР-диагностика генетических полиморфизмов, ассоциированных с нарушениями фолатного цикла, ведущих к гипергомоцистеинемии, проводилась по генам MTHFR (*метилентетрагидро-фолатредуктаза*) – полиморфизмы MTHFR:677 C>T и MTHFR:1298 A>C, MTR (*B12-зависимая метионин-синтаза*) – полиморфизм MTR:2756 A>G, MTRR (*метионин-синтаза редуктаза*) MTRR:66 A>G – полиморфизм MTRR:66 A>G.

По данным ПЦР-тестирования определяли степень риска развития различных видов патологии, связанной с тромбофилическим состоянием (тромбозов, акушерско-гинекологической патологии, онкологических заболеваний).

На основе вышеперечисленной программы клинико-лабораторного обследования разработана и апробирована медицинская информационно-аналитическая система. Создан программно-методический комплекс на основе программного продукта «1С:Предприятие». Разработана конфигурация активной базы данных для ведения электронных паспортов доноров, хранения и обработки результатов анализов, выдачи заключения на основании анализов крови, с возможностью подключения сканера штрих-кода для автоматизированного поиска паспортов доноров. Данное программно-методическое обеспечение для проведения клинико-лабораторных исследований по анализу здоровья доноров в режиме удаленного доступа по схеме клиент/сервер даст возможность проведения централизованной интеллектуальной системы обработки, хранения и защиты информации на уровне специализированного медицинского учреждения (станции переливания крови).

Данная компьютерная система после обработки данных выдает итоговый документ, который имеет печатную форму, в которой оцениваются степени риска возникновения различных патологий (различных видов анемий, тромбозов, синдрома эндогенной интоксикации, тромбофилических состояний и различных видов патологии, связанных с ними – акушерско-гинекологическая патология, онкологические заболевания, тромбозы).

Данные по параметрам риска хранятся в регистре сведений «Степени риска». В этом регистре выбирается Вид патологии, анализ, вид отклонения и балл. Для подключения сканера штрих-кода в конфигурации есть обработка по подключению оборудования.

При введении результатов обследования производилась оценка каждого параметра по бальной системе, которые автоматически складывались программой. По сумме баллов проводилась следующая градация степени рисков: отсутствует, минимальная, умеренная, высокая. Результат выводился в печатной форме.

Таким образом, в соответствии с темой проекта и поставленными задачами выполнено:

1. Ретроспективный анализ здоровья доноров по данным анкетирования.
2. Изучен комплекс лабораторных показателей, включающий гематологические, гемостазиологические, молекулярно-генетические, биохимические, иммуногематологические показатели, неспецифические и условно-специфические показатели эндотоксемии у доноров крови и различных видов плазмафереза, дискретного или аппаратного, в зависимости от пола, возраста.
3. На основании результатов анкетирования и клинико-лабораторного обследования построена онтология предметной области – состояние здоровья доноров.
4. Разработаны формальные модели взаимосвязей предшествующего здоровья доноров и составлены комплексные клинико-лабораторные алгоритмы, позволяющие

оценивать качество жизни, здоровье доноров, что будет напрямую влиять на качество гемокомпонентов, как эритроцит- так и плазмасодержащих, и их сохранность.

5. Разработаны стандартные клиничко-лабораторные критерии оценки резерва здоровья доноров для оптимизации как процессов заготовки гемокомпонентов, так и повышения безопасности донорства.

6. Построена база знаний продукционного типа по комплексным клиничко-лабораторным алгоритмам оценки состояния здоровья доноров с использованием модульных онтологий.

Полученные результаты не имеют аналогов в службе крови Российской Федерации. Предложенные дополнительные тесты не входят в перечень тестов для освидетельствования доноров, изложенных в Федеральном законе «О донорстве крови и ее компонентов» и приказе № 364 от 14.09.2001 г. «Об утверждении порядка медицинского обследования доноров и ее компонентов».

По данным М.И. Лазаренко и соавт. (2007) в США имеется система Гемовиджиленс, предусматривающая регистрацию всех наблюдаемых опасных для донора изменений в состоянии здоровья, как немедленных, так и отсроченных, особенно инфекционных болезней и патологии гемостаза. По мнению коллег из Американской ассоциации банков крови исследования, входящие в эту систему, доказывают, что используя в течение нескольких лет электронную базу данных и большое количество различных критериев у доноров, можно в каждом «донорском возрасте» достаточно успешно предупредить вероятность возникновения неблагоприятных реакций. На основе полученных результатов они предлагают разрабатывать адаптированную к конкретным условиям систему мероприятий по профилактике реакций у доноров в конкретном регионе с учетом национальных и климатических особенностей.

Коллегами из Алтайского филиала Учреждения Российской Академии медицинских наук Гематологического научного Центра РАМН, под руководством профессора Момота А.П. (г. Барнаул) проводится активная работа в Центрах здоровья по первичной тромбопрофилактике у детей Алтайского края на основе выявления и модификации постоянных и временных факторов тромбогенного риска. Они считают, поднятая ими проблема носит мультидисциплинарный характер и предполагает привлечение врачей разных специальностей.

Нами сделаны первые шаги в этом направлении. Разработан программно-методический комплекс, который дает возможность сделать все вышесказанное, но с использованием алгоритмов диагностики различных синдромов по бальной системе на основании результатов ранее не применявшихся в отношении доноров, наиболее чувствительных методов, используя обширную лабораторную базу и большое количество разнообразных лабораторных тестов в совокупности с данными анкетирования. Впервые в обследование доноров введены в анкету вопросы об анамнестических данных (семейный анамнез): развитие первичного тромботического эпизода в возрасте до 40 лет, в том числе у родственников, привычное невынашивание беременности в том числе у родственников, - частично отражающие врожденную предрасположенность к тромбофилическим состояниям.

Ранее для оценки степени развития эндогенной интоксикации не использовались такие показатели как цистатин С, отражающий самые ранние донозологические изменения в функционировании одного из важнейших органов детоксикации, какими являются почки. Для ранней диагностики воспалительных процессов и кардиоваскулярных рисков, которые могут быть как в основе синдрома эндогенной интоксикации, так и тромбофилических состояний, использовался высокочувствительный С-реактивный белок, ранее не входивший в схему обследования доноров.

Также, впервые используется ПЦР-тестирование на наличие генетических полиморфизмов, ассоциированных с риском развития тромбофилии и с нарушениями фоллатного цикла, ведущими к развитию различных видов патологии, связанной с тромбофилическим состоянием (тромбозов, акушерско-гинекологической патологии, онкологических заболеваний).

Впервые создан программно-методический комплекс на основе программного продукта «1С:Предприятие» с руководством пользователя для разработанной конфигурации активной базы данных для ведения электронных паспортов доноров, хранения и обработки результатов анализов крови, выдачи заключения на основании анализов крови, с возможностью подключения сканера штрих-кода для автоматизированного поиска паспортов доноров. В программе заложена система интеллектуальной поддержки принятия решения по интерпретации обширного спектра лабораторных тестов для оценки здоровья доноров.

По данным ВОЗ, тромбозы различной локализации, лежащие в основе сердечно-сосудистых заболеваний, являются основной причиной гибели человека. Высокая социальная значимость тромбообразования и трудности ранней диагностики предтромботических состояний делают проблему выделения и ведения группы высокого тромбогенного риска у доноров и в целом у населения Пензенской области весьма актуальной. Ведение генетических паспортов в совокупности с определением предикторов сердечно-сосудистых рисков, разработка на этой основе комплекса профилактических мероприятий для конкретного донора, жителя Пензенской области, должны составлять, на наш взгляд, концептуальную и методическую основу научно-практического направления предиктивной (предсказательной) и персонализированной медицины. Таким образом, полученные результаты анкетирования, клинико-лабораторного обследования и системный высокотехнологичный подход позволят оптимизировать и совершенствовать комплексную оценку здоровья доноров, научно обосновать целевые программы профилактических мер, направленных на улучшение не только качества их жизни и здоровья, но и в целом населения Пензенской области.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА

Логинов С.Н.², Никольский В.И.¹, Петрунин А.В.², Ткачев А.А.²

¹ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», кафедра хирургии
Медицинского института, Пенза

²ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Бурденко», Пенза

Актуальность: Проблема диагностики и лечения гнойного медиастинита и его осложнений до настоящего времени сохраняет свою актуальность.

По данным литературы летальность при медиастините и его осложнениях сохраняется до 30-76% (Даниелян Ш.Н. 2009), после стернотомии до 34% (Oh A. K. et al., 2006), при исходящем некротизирующем медиастините до 86% (Cirino L. M. 2006).

Одной из причин высокой летальности является поздняя диагностика и запоздалое лечение (Абакумов М.М., Погодина А.Н. 2010).

Цель исследования: поиск путей снижения летальности при гнойном медиастините.

Материалы и методы: За анализируемый период с 2010 – 12г в отделении торакальной хирургии пролечено 24 пациента. Превалировали мужчины более чем в 2 раза. Все пациенты оперированы. Умерло 6 пациентов, что составило 25%. По годам летальность снизилась с 33,3% до 25%.

Распределение пациентов по ЛПУ: чаще с данной патологией переводились из ЦРБ (14 пациентов), реже из городских больниц (4 пациента), и др. отделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (6 пациентов).

Результаты и их обсуждение. По этиологии медиастинитов пролеченных больных в нашем отделении лидирующее позиции занимали нисходящие пути развития заболевания: одонтогенные – 7 (29,2%) случаев, тонзилогенные – 4 (16,7%) и последствия аденофлегмон – 3 (12,5%).

Достаточно высок уровень повреждений пищевода инородными телами (чаще рыбы и куриные кости) – 4 (16,7%). Невелико количество ятрогенных повреждений и синдрома Бурхау – по 2 (8,6%) случая. После стернотомии по поводу операции на сердце медиастиниты возникли в 2 случаях (8,3%).

Выполненные оперативные вмешательства:

Вскрытие переднего, заднего и тотальная медиастинотомия выполнялись соответственно в 10 (42%), 7 (29%) и 7 (29%) случаев.

Кроме вскрытия средостения, выполнялись дополнительные оперативные вмешательства, такие как:

- торакотомия, вскрытие, дренирование средостения и плевральной полости - 14(58,3%)

- «отключение» пищевода для предотвращения заброса желудочного содержимого 10(41,7%)

- торакоскопия, дренирование плевральных полостей – 17 (70,8%)

- активно используем программированные расширенные перевязки всем пациентам под общим наркозом (100%). Количество перевязок варьирует от 3 до 5 каждому пациенту.

Практически всем пациентам накладывались питательные гастростомы и поздние восстановительные операции, чаще всего это косметические операции по поводу сформировавшегося грубого послеоперационного шва на шее.

Диагностика:

Наиболее информативным методом диагностики являлся рентгенологический, где мы видели на обзорных рентгенограммах:

- расширение тени средостения
- эмфизему на шее и пневмомедиастинум
- уровни жидкости в средостении
- пневмоторакс, пиопневмоторакс
- методом выбора в диагностике повреждений пищевода являлся рентгеноконтрастное исследование

- показания: любое подозрение на повреждение пищевода
- контраст – водорастворимый йодсодержащий

К прочим методам исследования относили:

- компьютерная томография шеи и грудной клетки
- эзофагоскопия
- трахеобронхоскопия

Хирургическое лечение было направлено на:

- неотложное вмешательство
- общая анестезия (метод выбора – эндотрахеальный наркоз)

Задачи операции:

- устранение или изоляция источника
- хирургическая санация средостения
- создание условий для длительного дренирования

Выбор внеплеврального доступа:

ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕДИАСТИНИТА	ДОСТУП
Передне-верхний	- Надгрудинный - Косая цервикотомия
Задне-верхний	
Передне-нижний	- Косая цервикотомия
Задне-нижний	- Трансхиатальный

Хирургическое лечение

Показания к торакотомии / трансплевральной медиастинотомии:

1. пиопневмоторакс
2. необходимость вмешательства на органах средостения (ушивание грудного отдела пищевода, трахеи, главного бронха)
3. вовлечение 3-4 отделов средостения

Послеоперационное ведение:

I. Местное лечение:

ирригация + аспирация

Ежедневные расширенные перевязки под наркозом в раннем п/о периоде

II. Антибиотикотерапия (4-6 недель и более)

III. Дезинтоксикация

IV. Иммунокоррекция

Осложнения при медиастинитах:

Наибольшее количество осложнений составило наличие эмпиемы плевры – 15 случаев (62%), развитие плевритов зафиксировано в 9 случаях (37,5%), перикардиты в 4 случаях (16,7%), кровотечений из аррозированных сосудов возникло у 4 пациентов

(16,7%), развитие флегмон грудной стенки у 3 пациентов (12,5%). Все осложнения купированы консервативным и хирургическими методами, кроме одного фатального случая – кровотечения из аррозированной общей сонной артерии.

Летальность при медиастинитах:

Из пролеченных 24 пациентов с медиастинитом за 3 года умерло 6, что составило 25%. Каковы же были причины: 1 пациент умер от тромбоэмболии легочной артерии, 1 пациент умер от кровотечения из аррозированной общей сонной артерии, 4 пациента погибли от полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования гнойно-воспалительного процесса.

Выводы:

1. ранняя диагностика с применением современных методов (Кт ОГК, ЯМРТ, R-скопия с водорастворимым контрастом)
2. широкое дренирование средостения с использованием инъекционных дренажей в сочетании с разными доступами.
3. активное хирургическое ведение больных в послеоперационном периоде
4. применение комплексной и адекватной а\б терапии, позволили снизить летальность от данной патологии в нашем отделении за последние 3 года с 33,3% до 25%.

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ВО ВРЕМЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БИФУРКАЦИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Труханова И.Г., Зиннатуллина Л.Ф.

ГБОУ ВПО «Самарский Государственный Медицинский Университет», Самара

На сегодняшний день достаточно частым хирургическим вмешательством является операция на сонных артериях, так как в 80 - 90 % случаев причиной развития ишемического инсульта головного мозга является атеросклероз брахиоцефальных сосудов. Каротидная эндартерэктомия - самая выполняемая сосудистая операция в мире.

В настоящее время выбор метода анестезии в данной области сосудистой хирургии является не до конца решенной. Интубация трахеи остается «золотым стандартом» в отношении надежности обеспечения проходимости дыхательных путей и достижения адекватной вентиляции легких, но может приводить к ряду грозных осложнений, как во время операции, так и после нее. К ним относится гипердинамический ответ сердечно - сосудистой системы на интубацию, что не желательно для пациентов данной группы. Ларингеальная маска – альтернатива применению эндотрахеальной трубки. Она обеспечивает свободную проходимость дыхательных путей и позволяет поддерживать адекватный газовый обмен, а так же возможно отказаться от введения миорелаксантов и наркотических анальгетиков на фоне ингаляционных анестетиков, что положительно влияет на быстрое пробуждение больных.

Целью нашей работы является выбор оптимального анестезиологического пособия и улучшение результатов хирургического лечения больных при реконструктивных операциях на бифуркации сонных артерий.

В данном исследовании мы изучили гемодинамику при использовании различных методов анестезии, коррекция которых в дальнейшем позволит снизить количество осложнений со стороны сердечно – сосудистой системы при выполнении операции каротидной эндартерэктомии.

В данное время проводится проспективный анализ клинического ведения двух групп пациентов мужского пола сопоставимых по тяжести кардио – респираторной патологии, которым выполнялась каротидная эндартерэктомия. Вид обезболивания: общая комбинированная анестезия в условиях миоплегии с искусственной вентиляцией легких через эндотрахеальную трубку (n1); общая комбинированная анестезия без миоплегии с искусственной вентиляцией легких через ларингеальную маску (n2). Инфузионно - трансфузионная терапия: сбалансированные кристаллоиды: физиологический раствор 0,9% - 1000 мл.

Для оценки показателей центральной гемодинамики был использован монитор импедансной кардиографии NICCOMO, газового состава крови с газоанализатора ABL77 SCi, состояние мышечного тонуса с TOF-Watch.

Впервые при выполнении операции каротидной эндартерэктомии проведена анестезия севофлюраном с использованием ларингеальной маски без миорелаксантов. При этом мы увидели менее выраженные сдвиги гемодинамических показателей на постановку ларингеальной маски. Отказ от введения миорелаксантов на фоне поддержания анестезии севофлюраном положительно влиял на скорость пробуждения больных.

В дальнейшем планируется создать математическую модель оптимального анестезиологического пособия для пациентов, оперируемых на сонных артериях, которая позволит улучшить хирургическое лечение и уменьшить количество осложнений у данной категории больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИКЕ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Рузов А.И. Солдатова Т.И. Кукушкина Л.Н. Марынова О.А.
ГБУЗ «Пензенская городская клиническая больница №5», Пенза

Программой модернизации здравоохранения предусмотрен комплекс мероприятий, направленных на существенное повышение качества медицинских услуг населению. В этой связи муниципальная медицина выходит на новый уровень своего развития. В числе таких мер - организация службы неотложной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Хорошо известно, что служба скорой медицинской помощи, являясь одной из самых финансовозатратных разделов здравоохранения, в условиях ограниченного финансирования вынуждена выполнять некоторые несвойственные ей функции. По имеющимся статистическим данным установлено, что удельный вес необоснованных, так называемых "непрофильных" вызовов от всего объема нагрузки ССМП(служба скорой медицинской помощи) составляет по разным оценкам от 20 до 30%. В службе СМП принято считать наличие двух видов потока пациентов, обращающихся за получением срочной медицинской помощи:

1. Больные с жизнеопасными состояниями, обусловленными внезапными заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, которые составляют 70 - 80% от всего количества вызовов.

2. Больные с хроническими или острыми заболеваниями вне ярко выраженного обострения с клиническим состоянием не угрожающим жизни, которые составляют по разным источникам от 20 до 30% от общего числа вызовов.

Имеющийся опыт практического наблюдения за характером поступающих вызовов в поликлинику из ССМП дает основания выделять еще одну форму потока пациентов. Это больные, ошибочно отнесенные диспетчерской службой СМП к категории условно "непрофильных", но имеющие в прогностическом плане высокий уровень риска трансформации заболевания в клинические состояния, нуждающиеся в получении экстренной медицинской помощи врачами специалистами, прошедшими соответствующую профессиональную подготовку и обучение. В общем удельном весе обращений это составляет от 3-х до 5-ти % вызовов.

В целях оптимизации преемственности в работе поликлиники и ССМП, улучшения доступности и повышения качества неотложной медицинской помощи в поликлинике № 4 с 01.01.2012 г был организован кабинет неотложной медицинской помощи.

Основной задачей службы неотложной медицинской помощи являются:

- обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе на основе разграничения полномочий между ССМП и поликлиническими учреждениями;
- организация приема обращений (вызовов) от пациентов по телефону и непосредственно от персонала диспетчерской службы ССМП;
- оказание квалифицированной медицинской помощи при обращении в кабинет поликлиники и на дому в максимально полном и адекватном объеме и в строго установленные сроки, а именно не позднее двух часов с момента регистрации вызова с использованием санитарного автотранспорта поликлиники при состояниях неугрожающих жизни больному;

- ведение необходимой учетной документации, отражающей организационную деятельность службы неотложной медицинской помощи и ее характер.

С момента организации службы неотложной медицинской помощи в поликлинике, территориально обслуживающей население в количестве 11604 чел. неотложная медицинская помощь была оказана 3225 пациентам. Из общего числа обращений – 298 пациентам неотложная помощь была оказана на дому, остальные пациенты указанную помощь получили непосредственно в поликлинике. Из общего числа обратившихся за получением неотложной медицинской помощи – 82 % составляют больные с обострениями хронических заболеваний. Пациенты, обратившиеся за медицинской помощью по причине острого заболевания, составляют около 14 %.

Ранговые места больных с обострениями хронических заболеваний нуждающихся и получивших необходимый объем неотложной медицинской помощи представлены следующим образом:

1 место: Больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 72,5 %;

2 место: Больные с заболеваниями органов дыхания – 18,4 %;

3 место: Больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата с выраженным болевым синдромом – 7,4 %;

4 место: Прочие заболевания, в том числе с выполнением назначений врача (инъекции анальгетиков пациентам онкологического профиля).

Зарегистрировано два случая «непрофильных» вызовов неотложной медицинской помощи, связанных с неадекватной оценкой диспетчером ССМП тяжести состояния пациента, нуждающегося в момент обращения в получении экстренной медицинской помощи.

Следует отметить, что широкое внедрение института неотложной медицинской помощи при медицинских организациях, в частности при поликлиниках, позволяет в определенной степени снизить количество обращений больных из числа прикрепленного населения за получением неотложной и экстренной медицинской помощи. Данный показатель отражающий тенденцию снижения обращаемости за получением неотложной медицинской помощи в 2013г. по сравнению с 2012г. составил 21,3%. Полученная позитивная динамика связана с тем, что оказание неотложной медицинской помощи населению осуществляется врачами общей практики являющихся основными координаторами организации лечебно-профилактической работы на территориальных участках, что позволяет им в процессе оказания необходимого объема медицинской помощи дать рекомендации больному по коррекции назначенной ранее медикаментозной терапии, мотивации приверженности к лечению. Как показывает практика, все это способствует снижению риска возможного развития повторных патологических состояний требующих неотложного медицинского вмешательства. Нельзя не обратить внимание на имеющие место причины, препятствующие эффективной работе службы неотложной медицинской помощи:

1. Дефицит профессиональных медицинских кадров, владеющих навыками оказания экстренной медицинской помощи, в случае наступления жизнеопасных состояний при вызове медицинской бригады на дом.

2. Организация кабинетов неотложной медицинской помощи при поликлиниках, требует выделения дополнительных площадей, а также определенных финансовых затрат для обеспечения отдельным санитарным автотранспортом, необходимыми (в рамках действующего регламента) лекарственными средствами, соответствующей оплаты труда медицинских работников, принимающих участие в оказании неотложной медицинской помощи.

3. Требуется совершенствования система организации учебного процесса по подготовке и обучению врачей, участвующих в оказании неотложной медицинской помощи, в соответствии с академическими и клиническими требованиями по данному направлению деятельности.

4. Повысить качество работы единой службы диспетчеризации, обеспечивающей необходимый уровень информационного взаимодействия бригад неотложной медицинской помощи и ССМП.

Выводы: Развитие института неотложной медицинской помощи при поликлинических учреждениях позволяет существенно минимизировать финансовые затраты, связанные с оказанием медицинской помощи за счет разграничения полномочий между ССМП и ЛПУ. Это позволяет повысить доступность неотложной медицинской помощи, своевременность ее получения пациентами, проживающими на территории обслуживания ЛПУ.

Сегодня, пока сложно говорить о достигнутых успехах службы неотложной медицинской помощи организованной при ЛПУ, из-за отсутствия достаточного опыта работы в этом направлении. Однако, совершенно очевидно, что обсуждение такого важного вопроса еще не закончено. Имеет практический смысл продолжить дискуссию в самых различных форматах, с участием не только руководителей органов здравоохранения, но и всех заинтересованных лиц медицинского сообщества.

Разработка новых концептуальных подходов в решении поставленных задач и существующих проблем в организации службы неотложной медицинской помощи по-прежнему сохраняет свою актуальность. Выделение службы неотложной медицинской помощи в отдельное структурное подразделение в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения в частности при поликлиниках, с возложением выполнения необходимого объема функций на врачей специалистов прошедших соответствующую профессиональную подготовку и обучение, является одной из наиболее эффективной и целесообразной организационной формы оказания неотложной медицинской помощи, которая наиболее полно отвечает требованиям современной медицины и потребности населения. Организация данного направления деятельности должна продолжать активно совершенствоваться с адекватным объемом финансового обеспечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПРОКИНЕТИКОМ «ТРИМЕДАТ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ, РЕГУЛИРУЮЩИМ МИКРОЦИНОЗ КИШЕЧНИКА «РИОФЛОРА БАЛАНС»

Сундукова А.Н., Гуткин Д.С., Скрипкина Н.Ф., Чижова Е.А.
Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н.Бурденко

Цель: изучить эффективность сочетания препаратов «Тримедат» и «РиоФлора Баланс» в лечении больных различными типами синдрома раздраженного кишечника (СРК)

Материалы и методы: обследовано 40 пациентов с СРК в возрасте от 30 до 50 лет, из них 28 больных (70%) с СРК с запорами – 1 группа, 12 человек (30 %) с СРК с поносами – 2 группа. Всем пациентам был проведен комплекс диагностических мероприятий, включающий: ирригоскопию, ректороманоскопию, фиброколоноскопию, копрограмму, а также учитывался возраст пациентов и клинические проявления. Проводилось лечение препаратом «Тримедат» по 200 мг 3 раза в сутки в течение 4 недель в сочетании с препаратом «РиоФлора Баланс» по 2 капсулы 2 раза в день в течение 14 дней. При анализе эффективности лечения учитывалась динамика клинических симптомов и моторно – эвакуаторной функции толстой кишки.

Результаты: на фоне проводимой терапии через 2 недели купированы болевой абдоминальный синдром 23 пациентам (57,5%), метеоризм – у 22 пациентов (55%), а концу 4 недели метеоризм отсутствовал у всех пациентов, болевой синдром у 39 больных (97,5%). В 1 группе больных, у которых частота дефекаций составляла 2 – 3 раза в неделю до лечения, на фоне терапии препаратом «Тримедат» в сочетании с препаратом «РиоФлора Баланс» частота стула увеличилась до 4 раз в неделю. Данной группе больных была дополнительно рекомендована диетотерапия и лечебная гимнастика. Во 2 группе частота стула до лечения составляла 3 – 4 раза в сутки, а после лечения 1 - 2 раза в сутки. В 1 группе характер стула соответствовал 1 и 2 типу по Бристольской шкале до лечения и 3,4 типу – после лечения. Во 2 группе изначально характер стула определялся как 6 тип по Бристольской шкале, а после лечения соответствовал 5 типу.

Выводы: полученные результаты показывают высокую эффективность совместного применения препаратов «Тримедат» и «РиоФлора Баланс» в коррекции нарушений микробиоценоза, моторных функций кишечника и купировании клинических проявлений у пациентов с различными типами синдрома раздраженного кишечника.