



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА

КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

№ 3 (09) 2014



THE HOSPITAL

THEORETICAL AND PRACTICAL
JOURNAL OF FEDERAL MEDICAL AND BIOLOGICAL AGENCY

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» – научный междисциплинарный рецензируемый журнал Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства».

УЧРЕДИТЕЛЬ – Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства».

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР – главный врач ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» доктор медицинских наук профессор Я. А. Накатис.

ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ – руководитель ФМБА России доктор медицинских наук профессор В.В. Уйба.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ – директор ФГУ «НИИДИ ФМБА России» академик РАМН доктор медицинских наук профессор Ю. В. Лобзин.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА – заместитель главного врача ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» по диагностическим службам доктор медицинских наук профессор С. В. Кузнецов.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ: КОЛЛЕГИЯ: доктор медицинских наук профессор С. С. Алексанин; доктор медицинских наук профессор, академик РАМН С. Ф. Багненко; доктор медицинских наук профессор А. В. Иванченко; доктор биологических наук профессор, член-корреспондент РАМН С. А. Кетлинский; доктор медицинских наук профессор В. Р. Рембовский; доктор

THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL OF FEDERAL MEDICAL AND BIOLOGICAL AGENCY «THE HOSPITAL»

FOUNDER – Sokolov' Hospital of FMBA Russia

EDITOR-IN-CHIEF – Chief Physician of Sokolov' Hospital of FMBA Russia Honored Doctor of Russia Dr. Med. Sci. Prof. Ya. A. Nakatis.

CHIEF SCIENTIFIC ADVISER – Head of FMBA of Russia Dr. Med.Sci. Prof. V. V. Uyba.

CHAIRMAN OF THE EDITORIAL BOARD – Director of FGU «NIIDI of FMBA Russia» Honored Scientist of Russia Academician of RAMS, Dr. Med. Sci. Prof. Ju. V. Lobzin.

CHAIRMAN OF THE EDITORIAL COUNCIL – Deputy Chief Physician of Sokolov' Hospital of FMBA of Russia Chief of Diagnostic Services Dr. Med. Sci. Prof. S. V. Kuznetsov.

EDITORIAL BOARD – Dr. Med. Sci. Prof. S. S. Aleksanin; Dr. Med. Sci. Prof., Academician of RAMS S. F. Bagnenko; Dr. Med. Sci. Prof. A. V. Ivanchenko; Dr. Biol. Sci. Prof., Corresponding Member of RAMS S. A. Kettinski; Dr. Med. Sci. Prof. V. R. Rembovski; Dr. Psych. Sci. Prof. M. M. Reshetnikov; Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of RAMS V. O. Samoylov; Dr. Med. Sci.

психологических наук профессор М. М. Решетников; доктор медицинских наук профессор, член-корреспондент РАМН В. О. Самойлов; доктор медицинских наук профессор А. С. Симбирцев; доктор медицинских наук профессор Р. М. Тихилов; доктор медицинских наук профессор, член-корреспондент РАМН В. Х. Хавинсон; доктор медицинских наук профессор, член-корреспондент РАМН Г. Г. Хубулава; доктор медицинских наук профессор В. Н. Цыган; доктор медицинских наук профессор, член-корреспондент РАМН Ю. К. Янов.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ: доктор медицинских наук В. П. Акимов; доктор медицинских наук профессор В. И. Бабияк; доктор медицинских наук профессор В. Ф. Беженарь; доктор медицинских наук Е. Ю. Бонитенко; доктор медицинских наук Н. П. Ванчакова; доктор медицинских наук В. Н. Горбачев; доктор медицинских наук профессор А. И. Горелов; доктор медицинских наук профессор С. И. Горелов; доктор медицинских наук профессор В. С. Гуревич; доктор медицинских наук А. В. Дячук; доктор медицинских наук А. П. Ельчанинов; доктор медицинских наук профессор А. М. Иванов; доктор медицинских наук В. А. Кащенко; доктор медицинских наук С. О. Мазуренко; доктор медицинских наук А. В. Малашенко; доктор медицинских наук профессор Ю. А. Митин; доктор медицинских наук Р. В. Орлова; доктор медицинских наук А. А. Пайвин; доктор медицинских наук профессор В. Л. Пастушенко; доктор медицинских наук профессор В. П. Петров; доктор медицинских наук В. Г. Пищик; доктор медицинских наук профессор А. С. Радилов; доктор медицинских наук профессор В. А. Ратников; доктор медицинских наук профессор В. К. Рыжков; доктор медицинских наук профессор А. Е. Сасюкин; доктор медицинских наук профессор Н. Ю. Семиголовский; доктор медицинских наук Л. А. Строкова; доктор медицинских наук профессор Ю. С. Титков; доктор медицинских наук Ю. С. Турлаков; доктор медицинских наук профессор В. Л. Филиппов; доктор медицинских наук профессор С. Б. Шустов.

Prof. A. S. Simbirtsev; Dr. Med. Sci. Prof. R. M. Tihilov; Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of RAMS V. H. Havinson; Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of RAMS G. G. Hubulava; Dr. Med. Sci. Prof. V. N. Tsygan; Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of RAMS Yu. K. Yanov.

EDITORIAL ADVICE – Dr. Med. Sci. V. P. Akimov; Dr. Med. Sci. Prof. V. I. Babiyak; Dr. Med. Sci. Prof. F. V. Bezhenar; Dr. Med. Sci. E. Yu. Bonitenko; Dr. Med. Sci. N. P. Vanchakova; Dr. Med. Sci. V. N. Gorbachev; Dr. Med. Sci. Prof. A. I. Gorelov; Dr. Med. Sci. Prof. S. I. Gorelov; Dr. Med. Sci. Prof. V. S. Gurevich; Dr. Med. Sci. A. V. Dyachuk; Dr. Med. Sci. A. P. Elchaninov; Dr. Med. Sci. Prof. A. M. Ivanov; Dr. Med. Sci. V. A. Kashchenko; Dr. Med. Sci. S. O. Mazurenko; Dr. Med. Sci. A. V. Malashenko; Dr. Med. Sci. Prof. Yu. A. Mitin; Dr. Med. Sci. R. V. Orlova; Dr. Med. Sci. A. A. Payvin; Dr. Med. Sci. Prof. V. L. Pastushenko; Dr. Med. Sci. Prof. V. P. Petrov; Dr. Med. Sci. V. G. Pishik; Dr. Med. Sci. Prof. A. S. Radilov; Dr. Med. Sci. Prof. V. A. Ratnikov; Dr. Med. Sci. Prof. V. K. Ryzhkov; Dr. Med. Sci. Prof. A. E. Sasyukin; Dr. Med. Sci. Prof. N. Yu. Semigolovskiy; Dr. Med. Sci. L. A. Strokova; Dr. Med. Sci. Prof. Yu. S. Titkov; Dr. Med. Sci. Yu. S. Turlakov; Dr. Med. Sci. V. L. Filippov; Dr. Med. Sci. Prof. S. B. Shustov.

Журнал «Клиническая больница» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации (Роскомнадзор) ПИ № ФС77-46491 от 9 сентября 2011 г. Издается ежеквартально. Тираж 200 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства».

Адрес редакции: 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, тел./факс (812) 559-9762, моб. тел. +7 (911) 228-6592, e-mail: nauka@med122.com

Изготовлено в ООО «БМН». 190031, Санкт-Петербург, Столярный пер., 4, оф. 1, тел./факс (812) 570-67-32. Отдано в печать 20.01.2015. Номер заказа № 000000

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
И МЕДИЦИНА ТРУДА**

Накатис Я. А., Семиголовский Н. Ю., Ратникова А. К., Титков Ю. С., Юрьев В. К.

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 6

Ельчанинов А. П.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ – СТАДИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ, ТЕРАПИИ (К ПРОЕКТУ ВЕДОМСТВЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ФМБА) 11

**КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ**

Кашченко В. А., Федоров А. И., Климов А. С., Лебедева Н. Н.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ . 18

Орлова Р. В., Тюкавина Н. В., Садыгова С. Н.

РОЛЬ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СООТВЕТСТВИИ С ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ ОПУХОЛИ 21

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ**

Распереза Д. В., Сишкова Е. А., Тويدзе В. В., Горбачев В. Н., Солоницын Е. Г., Лобач С. М., Тинякова Т. В.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 26

Климов А. С., Федоров А. И., Лебедева Н. Н.

ПРОГРАММЫ БЫСТРОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ. СОСТОЯНИЕ НА 2014 ГОД 29

Ратников В. А., Савельева Т. В., Марченко Н. В., Лукичев Р. И.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЕ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 32

Горшенин Т. Л., Мовчан К. Н., Мамичева О. Ю., Смигельский И. С., Русакевич К. И., Сомов М. В.

ПАРАМЕТРЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ 37

**PUBLIC HEALTH AND OCCUPATIONAL
MEDICINE**

Nakatis Ya. A., Semigolovski N. Yu., Ratnikova A. K., Titkov Yu. S., Yuriev V. K.

ROLE OF THE ORGANIZATION OF CARDIOLOGICAL SERVICE OF THE VERSATILE HOSPITAL IN INCREASE OF EFFICIENCY OF HI-TECH MEDICAL CARE 6

Elchaninov A. P.

PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME IS THE STAGE OF DISCIRCULATING ENCEPHALOPATHY UNDER THE INFLUENCE OF PRODUCTION FACTORS. ETHIOPATHOGENESIS, DIAGNOSTIC QUESTIONS, PROPHYLACTIC AND THERAPY (TO THE DRAFT OF DEPARTMENTAL CLINICAL RECOMMENDATIONS OF FMBA») 11

CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDIES

Kashchenko V. A., Fedorov A. I., Klimov A. S., Lebedeva N. N.

PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN SURGICAL PATIENTS 18

Orlova R. V., Tyukavina N. V., Sadigova S. N.

ROLE OF PALLIATIVE OPERATIONS AT A BREAST CANCER ACCORDING TO AN IMMUNOHISTOCHEMICAL SUBTYPE OF A TUMOR 21

**MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND
TREATMENT**

Raspereza D. V., Sishkova E. A., Toidze V. V., Gorbachev V. N., Solonitsyn E. G., Lobach S. M., Tinyakova T. V.

DIAGNOSTIC ENDOSCOPY AT VARICOSE BLEEDINGS OF PORTAL GENESIS 26

Klimov A. S., Fedorov A. I., Lebedeva N. N.

FAST TRACK COLORECTAL SURGERY. CURRENT STATE 29

Ratnikov V. A., Savelyeva T. V., Marchenko N. V., Lukichev R. I.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSTIC PROGRAM FOR LIVER CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION 32

Gorshenin T. L., Movchan K. N., Mamicheva O. Yu., Semigel'ski I. S., Rusakevich K. I., Somov M. V.

PARAMETERS OF HEALTH CARE IN THE VERSATILE HOSPITAL IN PATIENTS WITH ADVANCED AND SENILE AGE WITH THE ULCER OF THE DUODENUM COMPLICATED BY BLEEDING 37

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

- Лебедева Н. Н., Климов А. С., Бескровный Е. Г., Федоров А. И., Лукичев Р. И.**
ВОЗМОЖНОСТИ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ..... 44
- Беженарь В. Ф., Дячук А. В., Цыпурдеева А. А., Цуладзе Л. К., Молотков А. С.**
АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР) 47

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

- Семиголовский Н. Ю., Титков А. Ю., Титков Ю. С., Хмельницкий А. В., Загребин А. Л.**
О РЕДКОМ НАБЛЮДЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ КОРОНАРНО-ВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ФИСТУЛ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА..... 53
- Дёмина О. А., Каширина А. В.**
ОПЫТ СУДЕБНОГО ОБЖАЛОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ АКТА ПРОВЕРКИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ФГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 122 ИМЕНИ Л. Г. СОКОЛОВА ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА») 54

SCIENTIFIC REVIEWS AND LECTURES

- Lebedeva N. N., Klimov A. S., Beskrovniy E. G., Fedorov A. I., Lukichev R. I.**
THE POSSIBILITIES OF CAPSULE ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF CROHN'S DISEASE. REVIEW OF THE LITERATURE 44
- Bezhenar V. F., Dyachuk A. V., Tsyurdeeva A. A., Tsuladze L. K., Molotkov A. S.**
VAGINAL APLASIA (ANALYTIC REVIEW) 47

CASE REPORTS

- Semigolovski N. Yu., Titkov A. Yu., Titkov Yu. S., Khmelnitski A. V., Zagrebini A. L.**
ON THE RARE CASE OF MULTIPLE CONGENITAL CORONARY-VENTRICULAR FISTULA OF LEFT VENTRICULAR..... 53
- Demina O. A., Kashirina A. V.**
EXPERIENCE IN JUDICIAL APPEAL OF INSPECTION REPORT OF SOCIAL INSURANCE FUND OF THE RUSSIAN FEDERATION BY MEDICAL INSTITUTION (AN EXAMPLE SOKOLOV HOSPITAL № 122 OF FEDERAL MEDICAL AND BIOLOGICAL AGENCY)..... 54

УДК 614.2

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

¹Я. А. Накатис, ¹Н. Ю. Семиголовский, ^{1,2}А. К. Ратникова, ¹Ю. С. Титков, ²В. К. Юрьев
¹ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»
²ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

¹Ya. A. Nakatis, ¹N. Yu. Semigolovski, ^{1,2}A. K. Ratnikova, ¹Yu. S. Titkov, ²V. K. Yuriev ROLE OF THE ORGANIZATION OF CARDIOLOGICAL SERVICE OF THE VERSATILE HOSPITAL IN INCREASE OF EFFICIENCY OF HI-TECH MEDICAL CARE

¹Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency
²Saint-Petersburg State Pediatric Medical University

РЕФЕРАТ. Детальному анализу подвергнуты 2 этапа работы кардиологической службы многопрофильного стационара с точки зрения эффективности проведенной реорганизации отделений интенсивной терапии кардиологического профиля. За первый этап (с 1996 по 2005 год) в 6-коечном отделении реанимации и интенсивной терапии кардиологического профиля всего было пролечено 5894 больных, причем на 1646 коронарных ангиографий пришлось 356 лечебных чрескожных транслюминальных реваскуляризации коронарных артерий (21,6%). На втором этапе (2006–2013 годы) с началом реализации государственной программы высокотехнологичной медицинской помощи дополнительно создано кардиохирургическое отделение с 3-коечным отделением кардиохирургической реанимации, палата интенсивной терапии (ПИТ) кардиологического отделения на 8 коек для оказания помощи больным после интервенционных вмешательств и увеличено отделение кардиореанимации с 6 до 9 коек. Суммарно количество коек для интенсивной терапии в 2010 году составило 20 при неизменных 60 койках кардиологического отделения. Это сопровождалось 3-кратным ростом интенсивно пролеченных больных до 14 828 (в среднем 1854 в год против 589 на первом этапе), 5-кратным увеличением коронарных ангиографий (в среднем 835 процедур в год против 165 на первом этапе) и 10-кратным увеличением рентгенэндоваскулярных вмешательств (3453 против 356). Отмечен и рост доли стентированных больных с 21,6% до 55,8% от проведенных коронарных ангиографий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организация здравоохранения, кардиология, высокотехнологичная медицинская помощь, реанимация и интенсивная терапия, коронарная ангиография, аортокоронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий.

Заболееваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации (РФ) остается высокой. Так, в 2003 году она составила 15 915 на 100 тысяч населения, а в 2004 году – 16 526 случаев (Хубулава Г. Г., 2005). Причем в конце XX века у нас в стране особенно неумолимо росла заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС).

SUMMARY. The 2 phase of hospital cardiology service were analyzed in terms of the effectiveness of the reorganization of intensive care units (ICU). During the first 10-year phase (1996 to 2005) in 6-bed ICU 5894 patients were treated. In the second phase (2006-2013) with the beginning of the state HTC-program the cardiac surgery department was created with 3 ICU beds and 8 beds ICU of cardiology department for patient care after interventional procedures. ICU also increased from 6 to 9 beds. Total number of intensive beds since 2010 was 20, at constant 60 beds cardiology department. This was followed by a 3-fold increase in intensively treated patients up to 14,828 (average 1,854 per year against 589 in the first stage), a 5-fold increase in coronary angiography (an average of 835 procedures per year against 165 in the first stage) and 10-fold increase in endovascular interventions (3453 vs. 356). Marked increase was seen in the proportion of patients stented - from 21,6% to 55,8% of total amount of coronary angiographies

KEY WORDS: health organization, cardiology, high-tech medical care, resuscitation and intensive care, coronary angiography, coronary artery bypass surgery, coronary artery stenting.

К примеру, если в 1995 году в России было зарегистрировано 4299,3 случая ИБС на 100 тысяч населения, то в 1999 году эта цифра составляла уже 4721,3 (Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г., 2005). При этом в России и абсолютное число умерших от заболеваний сердечно-сосудистой системы на 100 тысяч населения имело постоянную тенденцию

к росту: в 2001 году оно составило 815,7; в 2002 году – 849,4; в 2003 году – 879,4. Эти показатели были примерно в 2 раза выше, чем в странах Западной Европы и США.

В Санкт-Петербурге в 1995 году было зарегистрировано 8452,2 случая ИБС на 100 тысяч населения, а в 1998 году – уже 10 518,8. В первые годы XXI века наиболее высокий показатель заболеваемости ИБС в нашей стране регистрировался именно в Северо-Западном регионе: он составлял около 8000 на 100 тысяч населения, в то время как в среднем по РФ этот показатель колебался в районе 4000 (Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г., 2005). Поэтому неудивительно, что здравоохранению нашего города требовалось нарастить оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) жителям в направлении лечения ИБС, имея в виду и снижение летальности.

С конца 2006 года Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России были предоставлены права по оказанию ВМП в виде проведения коронарной ангиографии, ангиопластики и стентирования коронарных, сонных и почечных артерий, имплантации электрокардиостимуляторов и электрокардиорегистраторов (Reveal), а также выполнения аортокоронарного шунтирования.

Имея опыт проведения интервенционных вмешательств на коронарных артериях с 1994 года, с имеющимися объемами работы справлялось 60-коечное отделение кардиологии и 6-коечное отделение реанимации и интенсивной терапии (кардиореанимации, КРО). Так, по городской программе 1994–1995 гг. на базе Клинической больницы № 122 было выполнено 786 коронарных ангиографий, что доказало возможность и безопасность проведения этого вида инвазивной диагностики у больных с острым коронарным синдромом (Бакланов Б. В., Мэзден Р. Р.) как этапа оказания ВМП таким пациентам с непосредственной задачей спасти жизнь.

Результаты приобретенного опыта, включая анализ осложнений, проведенный в наших стенах (Козлов К. Л., Семиголовский Н. Ю., 1999), трудно переоценить, поскольку лишь к 2000-м годам методика проведения срочных интервенционных чрескожных коронарных вмешательств была включена как безопасная в Стандарты оказания помощи при остром коронарном синдроме в США, Европе (2000) и у нас в стране (2002).

Однако с получением государственного задания по ВМП в 2006 году работу пришлось заметно активизировать, по существу, на базе прежнего коечного фонда.

Для реализации поставленной цели анализу подвергнуты 2 этапа работы кардиологической службы с точки зрения эффективности проведенной реорганизации отделений интенсивной терапии кардиологического профиля.

На первом этапе – за 10-летие с 1996 по 2005 год включительно – в 6-коечном отделении реанимации и интенсивной терапии кардиологического профиля (КРО) всего было пролечено 5894 больных (см. табл. 1). Среднегодовое количество urgentных кардиологических пациентов составило 589.

Ежегодное и суммарное количество выполненных высокотехнологичных вмешательств в этот период приведено в таблице 2. Как видно, на 1646 диагностических процедур пришлось 356 лечебных чрескожных транслюминальных реваскуляризации коронарных артерий (21,6%).

На втором этапе развития кардиологической службы (2006–2013 годы), который, как говорилось выше, начался с получением больницей права на оказание ВМП на постоянной основе (федеральные квоты), потребовалось создание дополнительно кардиохирургического отделения с соответствующим 3-коечным отделением кардиохирургической реанимации (КХР), поскольку с ростом количества интервенций возникла необходимость как в неотложной, так и в плановой «большой» кардиохирургии.

Пиковый поток больных, прошедших через 6-коечное КРО в 2007 году (981 пациент за год) потребовал срочного создания в 2008 году палаты интенсивной терапии (ПИТ) кардиологического отделения на 8 коек, предназначенной исключительно для оказания помощи больным после интервенционных вмешательств.

Таблица 1
Динамика показателей работы отделения интенсивной терапии кардиологического профиля на 1-м этапе (в 1996–2005 годах) по полу за 2010–2011 годы в СФО

Годы	Количество больных ОРТ
1996	710
1997	625
1998	595
1999	540
2000	549
2001	478
2002	527
2003	480
2004	533
2005	615
Итого	5894

Таблица 2

**Объемные показатели коронароинвазивных вмешательств
в Клинической больнице № 122 в период с 1996 по 2005 год (1-й этап)**

Годы	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Итого
Количество коронарных ангиографий	265	100	88	61	104	98	153	240	202	181	1646
Коронарные ангиопластики / стентирования	68	17	17	8	9	6	20	68	68	75	356

ПИТ, называемая за рубежом step-down intensive care unit (см. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, 2004), как и КРО, и КХР, оснащена кардиомониторной следящей аппаратурой и всем необходимым для проведения реанимационных мероприятий.

В 2010 году в связи с продолжающим возрастать потоком больных и развитием собственной службы скорой помощи стационара КРО после ремонта и переоснащения было увеличено с 6 до 9 коек. Суммарно количество коек для интенсивной терапии в 2010 году составило 20 при неизменных 60 койках кардиологического отделения. В целом эта реорганизация соответствовала отраженной в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 19 августа 2009 г. № 599н пропорции «интенсивных» коек как 1:4, поскольку количество кардиологических коек осталось прежним. Такая специализация отделений интенсивной терапии позволила оптимизировать оказание помощи более однородным потокам пациентов, поступающих, с одной стороны, с острым ухудшением состояния по скорой помощи и из других отделений

стационара в КРО, а с другой – направленных для плановых интервенционных вмешательств в ПИТ.

Указанная реорганизация позволила интенсифицировать и оптимизировать процесс диагностики и лечения, сконцентрировать технику и специалистов на соответствующих этапах оказания помощи, значительно увеличить объемы ВМП и повысить ее результативность (см. табл. 3 и рис. 1).

Как видно из таблицы 3, второй (8-летний) анализируемый этап развития кардиологической помощи характеризовался ростом всех объемных показателей работы:

1. всего было выполнено 6682 коронарные ангиографии (в среднем 835 процедур в год против 165 на первом этапе, то есть в 5 раз больше);
2. рентгенэндоваскулярными вмешательствами было охвачено суммарно 3453 пациента (в 10 раз больше, чем на первом этапе);
3. проведена 1191 высокотехнологичная операция на открытом сердце (на первом этапе их в стенах больницы не выполняли);
4. выход на стентирование коронарных артерий на втором анализируемом этапе работы достиг 55,8% против 21,6% на первом этапе.

Таблица 3

Динамика ВМП по профилям за 2006–2013 годы

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Всего
Коронарография	311	552	704	845	1004 (1497)*	1264	797	712	6682 (6189)
Рентгенэндоваскулярная хирургия	106	189	343	470	468	664	604	609	3453
Аортокоронарное шунтирование	-	137	160	200	196	182	167	149	1191

Примечание:

В 2010 году реализована программа взаимодействия, по которой было выполнено 493 дополнительные коронарографии для пациентов из Федерального центра СКЭ им. В. А. Алмазова. У этих больных проводилась только коронарная ангиография в рамках предоперационного обследования перед операциями протезирования аортального и митрального клапанов сердца. В 2011 году совместная работа с этим учреждением была приостановлена. В результате этого общее количество направленных на госпитализацию уменьшилось, в то время как «выход» на коронарную ангиопластику был увеличен. Так, в 2010 году было выполнено 468 процедур стентирования, а с 2011 года ежегодно выполнялось уже свыше 600 ангиопластик со стентированием коронарных артерий

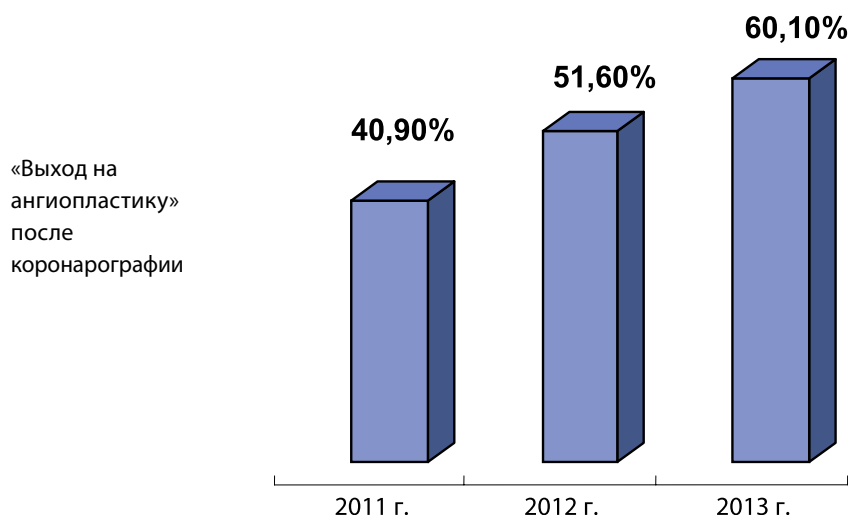


Рис. 1. Рост доли коронарографий, закончившихся интервенционной реваскуляризацией коронарных артерий

В отделениях интенсивной терапии (КРО+ПИТ+КХР) суммарно на втором этапе прошли лечение 14 828 пациентов (табл. 4). В среднем это составило 1854 человека в год, то есть в 3,1 раза больше, чем на первом этапе. Летальность при этом составила 1,9%, снизившись в 2 раза.

Среди итогов работы, проведенной по реорганизации и дооснащению отделений, – освоение новых технологий в профилактике и лечении ряда сердечно-сосудистых заболеваний:

- тромбоемболии легочной артерии (установка кава-фильтров, ультразвуковые ингаляции гепарина по оригинальному патенту совместно с ГУ НИИ экспериментальной медицины РАМН, 2004);
- цереброваскулярной болезни (ангиопластика сонных и др. артерий);
- артериальной гипертензии (стентирование почечных артерий);
- сердечных аритмий (имплантация кардиостимуляторов, кардиорегистраторов Reveal).

Таблица 4

Динамика показателей работы отделений интенсивной терапии кардиологического профиля на 2-м этапе (в 2006–2013 годах)

Годы	Кол-во больных ОРИТ*	Кол-во больных ПИТ**	Кол-во больных КХР***	Суммарное кол-во больных
2006	657	-	-	657
2007	981	-	137	1118
2008	643	523	160	1326
2009	615	972	200	1787
2010	743	1665	196	2604
2011	835	1534	182	2551
2012	759	1386	167	2312
2013	815	1515	149	2479
Итого	6048	7594	1191	14 828

Примечание:

*ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии кардиологического профиля, **ПИТ – палата интенсивной терапии кардиологического отделения, ***КХР – кардиохирургическое реанимационное отделение

Таблица 5

Сроки лечения пациентов в стационаре и больничная летальность в 2013 году

Заболеваемость	Средняя длительность лечения, сут.		Больничная летальность, %	
	ФМБА*	КБ № 122	ФМБА*	КБ № 122
Ишемическая болезнь сердца	14,3	8,0-13,1	3,3	0,88
Стенокардия	14,0		0,36	0
Острый инфаркт миокарда	18,9		13,8	3,3
Повторный ИМ	20,1		27,7	3,3

Примечание:

ФМБА – усредненные данные по Федеральному медико-биологическому агентству. КБ № 122 – данные по Клинической больнице № 122

Несомненным итогом внедрения ВМП в кардиологии явилось в конечном счете улучшение качества лечения, проявившееся, к примеру, в снижении госпитальной летальности при остром инфаркте миокарда в нашем стационаре до 3,3–4,0% в последние 12 лет.

При этом любопытно, что средний возраст умерших от острого инфаркта миокарда первого типа (классический, в результате атеросклеротического стенозирования коронарной артерии вне АКШ и стентирования коронарных артерий) составил в 2004 году 75 лет, в 2005 году – 78,5, в 2006 году – 75,4, в 2007 году – 79,1, в 2008 году – 79,8, в 2009 году – 80,7, в 2010 году – 77,4, в 2011 году – 80,6, в 2012 году – 79,2, а в 2013 году – 82,3 года. Как видно, этот возраст всегда был выше средней продолжительности жизни в нашей стране, составляющей ныне 72,0 года.

Еще одним важным итогом структурных перемен кардиологической службы с увеличением доли «интенсивных» коек стало, как и ожидалось, сокращение длительности лечения и летальности больных (см. табл. 5). В этой таблице мы сопоста-

вили показатели нашего стационара и усредненные данные по Федеральному медико-биологическому агентству.

Таким образом, вопросы организации оказания помощи больным кардиологического профиля лежат в основе высокой эффективности лечения этой социально значимой группы пациентов. Правильное распределение потоков на этапе госпитализации с дальнейшим дифференцированным выполнением рентгеноангиографических манипуляций, увеличение доли коек интенсивной терапии и их специализация способствовали повышению эффективности и результативности лечения кардиологических больных, а также значительному увеличению объемов оказания ВМП. Соотношение «интенсивных» и кардиологических коек выросло с 1:10 до 1:4, что сопровождалось 5-кратным ростом количества диагностических и 10-кратным увеличением числа лечебных интервенционных вмешательств, а также сокращением летальности при остром инфаркте миокарда до общеευропейского уровня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакланов Б. В., Мэзден Р. Р. Коронарная ангиопластика: пособие для врачей. – СПб., 1996. – 104 с.
2. Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г. Здоровье населения Российской Федерации и хирургическое лечение болезней сердца и сосудов в 1998 году. – М.: Издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 1999. – С. 3–13.
3. Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г. Сердечно-сосудистая хирургия-2005. – М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2005. – С. 4–6.
4. Козлов К. Л., Семиголовский Н. Ю. Интервенционная кардиология: методы лечения больных ишемической болезнью сердца (коронарная ангиопластика, осложнения, профилактика, лечение): лекция для студентов высших медицинских учебных заведений. – Науч.-практич. центр интервенционной кардиологии Северо-Западного региона России МЗ РФ. – СПб., 1999. – 15 с.
5. Хубулава Г. Г. Отчет Главного внештатного кардиохирурга СЗФО «Состояние и перспективы развития кардиохирургии в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе РФ». – [Б.м.], 2005. – С. 3–8.
6. Эпидемиологический анализ результатов крупномасштабного коронарографического обследования жителей С-Петербурга и Ленинградской области, больных ишемической болезнью сердца и пути совершенствования методики / К. Л. Козлов, Н. Ю. Семиголовский, Ю. С. Титков [и др.] // Тез. докл. 4-й международной конференции «Экология и развитие Северо-Запада России» 23-27 июня 1999. – СПб-Ладога-Онега-Петрозаводск, 1999. – С. 58–59.

УДК 616.839-057

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ – СТАДИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ, ТЕРАПИИ (К ПРОЕКТУ ВЕДОМСТВЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ФМБА)

А. П. Ельчанинов

ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»

A. P. Elchaninov

PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME IS THE STAGE OF DISCIRCULATING ENCEPHALOPATHY UNDER THE INFLUENCE OF PRODUCTION FACTORS. ETHIOPATHOGENESIS, DIAGNOSTIC QUESTIONS, PROPHYLACTIC AND THERAPY (TO THE DRAFT OF DEPARTMENTAL CLINICAL RECOMMENDATIONS OF FMBA)

Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency

РЕФЕРАТ. Статья представляет собой обзор литературы, посвященной этиопатогенетическим механизмам гипоперфузии центрэнцефалических образований. Специальное внимание уделено антифосфолипидной активности гемостаза (АФЛАГ). Аргументирована ее роль в развитии дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса. Показано значение сцинтиграфии и индекса лактат/пируват для выявления АФЛАГ и сопряженной с ней тканевой гипоксии. На этой основе представлены новые направления диагностики, профилактики и терапии психовегетативного синдрома у лиц, работа которых связана с хроническим стрессом, и разработан проект ведомственных клинических рекомендаций при заболеваниях вегетативной нервной системы

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психовегетативный синдром, антифосфолипидная активность гемостаза, индекс лактат/пируват, сцинтиграфия.

Как показал обзор научной литературы, психовегетативный симптомокомплекс (ПВС) – наиболее частая клиническая единица синдрома вегетативной дистонии (СВД), под которым понимают расстройства, обусловленные рассогласованием взаимоотношений структур лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК) с проявлениями, тождественными симптомам первой стадии дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Семиология последней часто распространяется не только на сосудистую, но и многие другие системы и органы, что клинически может обозначаться вегетативной соматоформной дисфункцией, тождественной проявлениям начальной стадии ДЭ [2, 6, 9, 11, 16, 19, 22, 29, 33, 55]. При этом вегетативные нарушения часто выступают лишь «верхушкой айсберга» [40, 42, 53].

На отдельных территориях России объем диагноза СВД составляет 20–30% от всего объема за-

SUMMARY. This article is the review of literature about pathological mechanisms hypoperfusion central encephalic structures. Antiphospholipid activity of hemostasis (APAH) is in the center of attention and argued its role in the development of the limbicoreticulated complex dysfunction. There was shown the significance of scintigraphy and lactat/piruvat index for the revealing of APAH and associated tissue hypoxia. On this base were performed new trends of diagnostic, prophylaxis and therapy of psychovegetative syndrome in patients with stress work. Project of clinical recommendations in vegetative nervous system disorders was developed.

KEY WORDS: psychovegetative syndrome, antiphospholipid activity of hemostasis, lactat/piruvat index, scintigraphy.

регистрированных данных о заболеваемости, и при отсутствии необходимости направлять больного на консультацию в специализированные психиатрические учреждения он кодируется врачами и статистиками амбулаторно-поликлинических учреждений как соматический диагноз [16]. Учитывая невозможность применения кодов психиатрических диагнозов врачами другой практики, соматовегетативные проявления тревоги и депрессии рекомендуют диагностировать на синдромальном уровне в виде ПВС (МКБ-10: G90.9) [40], синдромальная диагностика которого включает в себя [6, 16]:

1. Активное выявление полисистемных вегетативных нарушений (при опросе, а также с помощью валидной скрининг-диагностики ПВС «Вопросника для выявления вегетативных изменений»).

2. Исключение соматических заболеваний исходя из предъявляемых пациентом жалоб.

3. Выявление связи между динамикой психогенной ситуации и появлением или усугублением вегетативных симптомов.

4. Уточнение характера течения вегетативных расстройств.

5. Активное выявление сопутствующих вегетативной дисфункции психических симптомов: сниженное (тоскливое) настроение, обеспокоенность или чувство вины, раздражительность, сенситивность и плаксивость, ощущение безнадежности, снижение интересов, нарушение концентрации внимания, а также ухудшение восприятия новой информации, изменение аппетита, чувство постоянной усталости, нарушение сна.

6. При условии, что психовегетативные проявления наблюдаются у пациента, имеющего соматическую патологию, диагноз ПВС является сопутствующим и требующим последующего адекватного ведения пациента.

К психическим симптомам, встречающимся у пациентов с ПВС, относятся тревога, беспокойство по мелочам, ощущение напряженности и скованности, неспособность расслабиться, раздражительность и нетерпеливость, ощущение «взвинченности» и пребывания на грани срыва, невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, трудности засыпания и нарушения ночного сна в сочетании с быстрой утомляемостью, страхи. Дисфункция нервной системы отражается в жалобах больных на головокружение, головные боли, тремор, мышечные подергивания или вздрагивания, парестезии, напряжение и боли в мышцах, изменение сна. Для нарушения функционирования гастроинтестинальной системы характерны жалобы на тошноту, сухость во рту, диспепсию, понос или запор, боли в животе, метеоризм, нарушение аппетита. Дисфункция системы органов дыхания проявляется в жалобах на ощущение «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, затруднения дыхания, одышку, симптомы гипервентиляции. Также могут возникать функциональные нарушения в мочеполовой системе, которые отражаются в виде жалоб на учащенное мочеиспускание, снижение либидо или импотенцию. Нарушение функции терморегуляции будет проявляться в беспричинных субфебрилитетах и ознобах. Частым ядром клинической картины становятся сердечно-сосудистые проявления, которые могут иметь пароксизмальный кризовый характер течения (паническое расстройство) или перманентный субклинический. К ним относятся тахикардия, экстрасистолия, неприятные ощущения и боли в грудной клетке, артериальная гипер- или гипотензия, колебания артериального давления [6, 8, 9, 19, 29].

По сути, описанный в 1966 году W. Thiele ПВС является частным выражением синдрома дезинтеграции, возникающего в результате органического, функционального или органофункционального

нарушения деятельности ЛРК. Ее рассматривают профессионально обусловленной патологией («синдром эмоционального выгорания» – burn-out), формирующейся у преморбидно здоровых людей с преобладанием вегетативного, информационно-энергетического или характерологического уровня реагирования [2, 27, 47, 52]. Довольно близок к ПВС выделенный в отдельную нозологическую форму синдром хронической усталости, или фатиг-синдром (от франц. *fatigue* – слабость, усталость), характеризующийся необъяснимым чувством усталости и слабости на протяжении не менее 6 месяцев, которое не проходит даже после длительного отдыха [1].

Среди возможных механизмов «функционального разобщения» головного мозга в первую очередь рассматривается гипоперфузия (гипоксия) ЛРК, манифестирующая надсегментарными вегетативными расстройствами. ЛРК прямо регулируется нейрогуморальными и автономными стимулами из ЦНС и тесно интегрирована в иммунную систему организма. Ее патология всегда влечет психосоматические заболевания, то есть процессы, в генезе которых большое место отводят депрессии [28, 36, 42, 47, 53, 55].

Согласно статистике, у более 25% пациентов общесоматической сети имеет место ПВС. СВД, объединяющий ПВС, синдром периферической вегетативной недостаточности и ангиотрофоалгический синдром, – наиболее часто встречающаяся в практике детского врача и врача общей практики патология [6, 16, 19]. Она регистрируется у 20–30% детей и подростков. Проявления СВД у 33,3% детей сохраняются в последующие периоды жизни, а в 17–20% случаев они прогрессируют, трансформируясь в такие психосоматические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, хроническая конституциональная гипотензия (ХКГ), гипертоническая болезнь (ГБ), бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [4, 44].

Возникновение СВД (ПВС) в периоды возрастной гормональной перестройки связано, с одной стороны, с возрастными изменениями функционального состояния гипоталамуса, а с другой стороны – наиболее ранними нарушениями гемодинамики в вертебрально-базиллярном бассейне и особой чувствительностью к ишемии-гипоксии центрэнцефалических образований [15, 16, 22, 23, 26], входящих в зону смежного кровоснабжения, или «конечного луга», по определению Люшки [10, 11]. Исследования по изучению роли СВД в генезе ЦВБ позволили выявить нарастание его тяжести и выраженности у больных с начальными проявлениями ДЭ и снижение вегетативных расстройств по мере эскалации ДЭ [43, 53], как правило, имеющими семиотику церебральной венозной дистонии (ЦВД) с ХКГ и снижение вегетативных расстройств по мере эскалации ДЭ и трансформации ХКГ в ГБ [7, 31].

Дисфункция надсегментарных вегетативных центров приводит к развитию венозной гипере-

мии головного мозга в результате дисрегуляции тонуса сосудов мозга гипер-, гипотонического или смешанного типа [17]. Известно, что в патогенезе ДЭ имеет значение как недостаточность притока артериальной крови к ткани мозга кровя (ишемия), так и замедление венозного оттока (застойная гипоксия). Считают, что эти процессы тесно связаны, так как при нарушениях кровообращения в артериях мозга в той или иной степени страдает венозный отток; в свою очередь, патология вен мозга приводит к нарушению артериальной гемодинамики и метаболизма мозга [51]. Благодаря внедрению ультразвуковой доплерографии выяснилось наличие неатеросклеротических форм ДЭ, вызванных внутричерепным венозным застоем в отсутствие значимого дефицита артериального кровоснабжения [39, 49]. Мы разделяем мнение [13, 39] о том, что при хроническом нарушении церебрального кровообращения термин «дисциркуляторная энцефалопатия» является наиболее корректным. По данным Российской многоцентровой клинко-эпидемиологической программы КАЛИПСО, помимо ГБ наиболее частыми факторами риска хронической гипоперфузии головного мозга у взрослых явились наличие церебральной венозной дисциркуляции – 26,6%, атеросклероз сосудов мозга и сердца – 23,7% [50]. Таким образом, нарушение венозного оттока из полости черепа имеет самостоятельное патогенетическое значение при ДЭ I и II стадии и предопределяет застойно-гипоксическое состояние ЛРК и паралимбических структур с дисфункцией анатомически связанных с ними лобных и теменных отделов коры головного мозга.

К ключевым факторам риска ПВС и СВД, а стало быть, и сосудистого поражения мозга относится хронический стресс, оказывающий глобальное влияние на физическое и психическое здоровье специалистов [6, 16, 47, 48]. Развитие промышленности, появление новых отраслей производства привели к существенному изменению среды обитания человека. Одни из этих факторов носят характер «невоспринимаемых» нашими рецепторами (инфракрасные лучи, радиоволны, магнитные и электрические поля, потоки элементарных частиц, ультразвук), поэтому информационная или осознаваемая психическая переработка их человеком оказывается невозможной. В этих условиях личность человека в оценку факторов внешней среды, носящих нередко экстремальный для организма характер, не вовлекается. Адаптация к ним осуществляется на неосознаваемом уровне, что предъявляет повышенные требования к биологическим подсистемам адаптации. Воздействие неблагоприятных условий труда, обусловленных интенсивными эмоциональными, информационными, интеллектуальными перегрузками, может проявляться различными феноменами дезадаптации, повышением частоты и отягощением обще-

соматической патологии, ухудшением качества жизни, увеличением смертности. Дестабилизируются межличностные отношения сотрудников, снижается мотивация к работе и творчеству, что отрицательно сказывается на профессиональном развитии личности специалиста. При отсутствии соответствующего отдыха и профилактических мер продолжающиеся интенсивные нервно-психологические нагрузки могут привести к состоянию перенапряжения, а в последующем – к производственно обусловленным заболеваниям [2, 27].

Механизм развития гипоксии, представляющий собой несоответствие между потребностью тканей в кислороде и его доставкой, однотипен для любой формы цереброваскулярной патологии. Всякий патологический процесс в нервной системе имеет как функциональный, так и органический аспект. Даже минимальная неврологическая дисфункция имеет явную органическую основу [18]. Главным звеном патогенеза ДЭ является дисциркуляторная гипоксия [43]. Тканевую гипоксию рассматривают в качестве промежуточного звена при неврозах [36, 42]. Если у детей в периоды препубертата преобладает гиперактивность, то у подростков и взрослых более очевидны проявления патологической тревоги с дефектами памяти, сопряженные с гипоксией головного мозга, особенно у недоношенных детей [24].

Как известно, мозговой кровоток и функциональная активность ткани мозга в физиологических условиях тесно связаны друг с другом [29, 58]. Получены данные о существовании взаимосвязи между энергетикой организма и функциональным состоянием системы гемостаза [37]. При начальных формах ДЭ прослеживается четкая тенденция к активности систем антикоагуляции и фибринолиза, направленных на защиту от тромбообразования [25]. Церебральная гипоксия очень редко бывает локальным процессом, так как депрессия функций ЛРК быстро ведет к системному ответу, включая энергодефицит на организменном уровне [8, 34]. Выявленные при склонности к патологической тревоге расстройства церебральной микроциркуляции и снижение церебрального кровотока по сосудам среднего калибра, разобщение окислительного фосфорилирования (содержание АТФ в ЛРК и коре головного мозга снижается в 1,5–2 раза), иммунные отклонения ставят под сомнение многие аргументы в пользу традиционного медико-психиатрического подхода к решению проблемы ПВС [2, 12, 28, 29, 45, 47, 48].

Одним из наиболее характерных показателей гипоксии, отражающих существо происходящих в организме изменений обмена веществ при недостатке кислорода, является увеличение содержания в крови недоокисленных продуктов обмена – органических кислот. Концентрацию лактата предлагают учитывать при проведении реабилитационных

мероприятий у больных с церебральным инсультом [38]. Повышение лактата крови положительно коррелирует с вязкостью крови и отрицательно – с вязкостью эритроцитов. При повышении вязкости крови увеличивается содержание лактата крови, напротив, микроциркуляторная адаптация способствует удалению лактата, влияя на поддержание баланса между углеводами и окислением жиров, которые служат главными детерминантами концентрации лактата крови при физиологических условиях [3, 32].

Вместе с тем при биоэнергетической гипоксии увеличение лактата превосходит увеличение пирувата, соотношение лактат/пируват возрастает. По этой причине для выявления «кислородного долга» рекомендуют определять уровень обеих кетокислот – молочной и пировиноградной, так как их отношение более точно указывает на состояние поступления и утилизации кислорода в транспортную систему электронов дыхательной цепи митохондрий, а также состояние активного транспорта ионов через мембрану нервных клеток с помощью протонного насоса [21, 59].

Радионуклидная диагностика дает возможность получения информации относительно разных аспектов функционирования органов, в частности метаболической активности клеток, перфузии ткани, ее васкуляризации, экспрессии рецепторов и т.д. [30]. Имеются основания считать «радионуклидную атрофию селезенки» предиктором аутоиммунитета, так как этому органу принадлежит важная роль в иммунном статусе организма [30, 35, 54], а окклюзия микроциркуляторного русла обычна для иммунодефицитных заболеваний [3]. Примечательно, что феномен функциональной гипосплении описан у больных с ПВС [30] и при антифосфолипидной активности гемостаза (АФЛАГ) с присущими ей противомитохондриальными свойствами [7, 56]. Мы предполагаем, что АФЛАГ предопределяет возникновение патологической тревоги (генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства, агорафобии, тревожно-депрессивных состояний при расстройстве адаптации, посттравматического стрессового расстройства). Это согласуется с данными о структурно-функциональных изменениях фосфолипидного состава при стрессе, неврозах, старении [5]. Таким образом, скинтиграфию селезенки по праву можно считать скринингом – «предполагаемой идентификацией нераспознанных болезней и пороков с помощью тестов и других процедур, обеспечивающих быстрое получение результатов» [14]. Иначе говоря, пошаговая диагностика АФЛАГ предусматривает проведение стандартизированных тестов (коагулологических и иммуноферментных) в случае выявления функциональной гипосплении [7].

Для успешного ведения пациентов с соматоформной дисфункцией рекомендовано относиться к симптомам со всей серьезностью, ни в коем слу-

чае не объяснять симптомы психосоматикой («все в вашей голове») [6, 20]. При этом в терапии ПВС доминирующую роль выполняют психолептики. Назначение психофармакологических препаратов в первую очередь нацелено на редукцию тех симптомов, к которым, с клинико-терапевтической точки зрения, они имеют тропизм [8, 9]. Между тем во всех случаях психофармакотерапии при решении и тактических, и стратегических вопросов лечения каждого пациента наряду с рассмотрением собственно медико-терапевтических проблем в последнее время большое внимание уделяется качеству жизни больного во время курса терапии и после его окончания. Качество жизни при этом рассматривается как совокупность показателей, отражающих изменение физического, психологического, социального и духовного состояния [2]. К их числу при оценке действия психофармакотерапии можно отнести функциональное состояние (работоспособность, общесоматическое состояние, толерантность к физической нагрузке и др.), психическое состояние, связанное как с основной болезнью, так и приемом психоактивных средств, социальную и половую активность. С оценкой качества жизни во время терапии тесно связан учет «приверженности» (комплаентности) больного к лечебному процессу. От этого зависит не только выполнение им врачебных назначений, но и психологический настрой, имеющий большое значение для получения как тактического, так и стратегического результата терапии. В этом отношении в современной психофармакотерапии уделяется повышенное внимание вопросам этической оценки последствий назначения препаратов [42, 46, 53]. Приходится констатировать, что в связи с хорошо известными и частыми побочными эффектами бензодиазепинов и антидепрессантов использование альтернативного лечения является объектом повышенного интереса [1, 12, 29, 47, 57].

В заключение: СВД, являющийся соматовегетативным компонентом ПВС, выступает по отношению к психической патологии как маскирующее и манифестное расстройство и тем самым подолгу дезориентирует врачей-соматологов в лечебно-реабилитационной работе. Несмотря на достаточно большое количество публикаций, в которых рассматриваются различные аспекты вопроса о структурных особенностях головного мозга в условиях гипоксии, существует необходимость дальнейших исследований в этой области в связи с исключительной актуальностью данной проблемы для многих разделов неврологии. Нарушение доставки кислорода тканям при гипоксии ведет к увеличению концентрации как пирувата, так и лактата. Поэтому для оценки тяжести гипоксии и глубины нарушений окислительного процесса логичнее использовать оба показателя углеводного обмена: содержание пировиноград-

ной и молочной кислоты и их соотношение. СВД является облигатным сопровождением неврозов. Его патогенетической основой служит поражение центрэнцефалических образований, вызывающее нарушения интегративной регуляции уровня неспецифической активности мозга, психического состояния и их вегетативного обеспечения в покое и при активной деятельности человека.

Универсальным осаждающим механизмом для ишемии-гипоксии при хроническом стрессе является АФЛАГ, трудности определения которой легко преодолимы с помощью сцинтиграфии. Эмоциональные реакции на стресс влияют не только на сосуды среднего калибра, но и на микроциркуляторное русло. В итоге хроническое эмоциональное напряжение, порожденное мотивационным конфликтом, ведет к манифестному снижению скорости локального мозгового кровотока, вызывает гипоксическое состояние мозга, которое, в свою очередь, нарушает функционирование ЛРК.

Это ставит ПВС ближе к центру континуума невроз – псевдоневроз. В указанном аспекте важно подчеркнуть, что по мере расшифровки этиологии и патогенеза ПВС появляется возможность «прицельной» коррекции той или иной подсистемы (или ее звеньев), дисфункции которых привели к нарушению функциональных возможностей системы психической адаптации в целом. Обладая собственной патофизиологической сущностью, АФЛАГ не только предопределяет риск раннего дебюта ДЭ и инсульта, но и поддается коррекции с помощью патогенетической терапии – средств реперфузии и антигипоксантов. Аналитический анализ данных литературы и собственные исследования дают основание рекомендовать к внедрению в систему медицинских учреждений ФМБА в качестве медико-экономических стандартов лечебно-диагностический алгоритм при ПВС, входящий в стандарты стационарной медицинской помощи КБ № 122 [41].

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шифр по МКБ-0	Наименование заболеваний	Перечень диагностических процедур	Кратность	Перечень лечебных процедур и воздействий	Требования к результатам лечения
1	2	3	4	5	6
G90.9	Нейроциркуляторная астеня – ПВС (ДЭ I стадии)	<p>ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ) Общий анализ крови с тромбоцитами Билирубин Общий белок и его фракции Креатинин крови АНФ КФК Липидограмма Лактат крови Пируват крови HBs антиген Анализ крови на ВИЧ и RW Анализ мочи общий</p> <p>(ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ) Коагулограмма с определением волчаночного антикоагулянта АФЛАГ-ELISA Гомоцистеин крови</p> <p>ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА (ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ) ЭКГ Дуплекс сосудов мозга и шеи ЭЭГ КТ/МРТ головы Сцинтиграфия селезенки</p> <p>(ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ) Электронейромиография (ЭНМГ)</p> <p>КОНСУЛЬТАЦИИ Осмотр окулиста Осмотр психотерапевта</p>	<p>1 1</p>	<p>МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ Антигипоксанты Ноотропы Вазоактивные средства Нейролептики Антидепрессанты Транквилизаторы Гипнотики</p> <p>ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ) Противотромботические препараты Эфферентные методы лечения Озонотерапия Гипербарическая оксигенация (ГБО)</p>	Клиническая стабилизация психоневрологической симптоматики

ЛИТЕРАТУРА

1. Акароchkova E. C. Хроническая усталость и подходы к ее лечению // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – № 2. – С. 48–54.
2. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия). – М.: Литтера, 2010. – 272 с.
3. Альфонсов В. В., Альфонсова Е. В. Механизмы развития морфологического эквивалента ДВС-синдрома // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2010. – № 1 (41). – С. 44–51.
4. Барсуков А. В., Васильева И. А., Каримова А. М. Артериальная гипотензия (актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения). – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2012. – 144 с.
5. Болдырев А. А. Окислительный стресс и мозг // Соросовский образовательный журнал. – 2001. – № 7. – С. 21–27.
6. Вейн А. М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 112 с.
7. Влияние нобена на вызванный антителами к фосфолипидам лактат-ацидоз при церебральной венозной дистонии / А. П. Ельчанинов, Ю. Н. Чайковский, А. В. Артюшкин [и др.] // Атмосфера. Нервные болезни. – 2008. – № 4. – С. 22–26.
8. Вознесенская Т. Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. – 2013. – № 2. – С. 18–22.
9. Воробьева О. В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой (вопросы диагностики и терапии) // РМЖ. – 2006. – Т. 14, № 23. – С. 1696–1699.
10. Ганнушкина И. В. Патологические механизмы нарушений мозгового кровообращения и новые направления в их профилактике и лечении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1996. – № 1. – С. 14–18.
11. Гафуров Б. Г., Бусаков Б. С. Состояние неспецифических систем мозга при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга и дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1992. – № 1. – С. 38–40.
12. Дума С. Н., Рагино Ю. И. Роль антиоксидантов в коррекции психовегетативных, астенических и когнитивных нарушений // Трудный пациент. – 2011. – Т. 9. – № 4. – С. 2–7.
13. Захаров В. В., Локшина А. Б. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // РМЖ. – 2009. – Т. 17, № 20. – С. 1325–1329.
14. Иванец Н. Н., Лукомская М. И. Скрининг и идентификация лиц, злоупотребляющих алкоголем: обзор зарубежных исследований // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – № 11. – С. 1726–1730.
15. Камчатнов П. Р., Чугунов А. В., Михайлова Н. А. Вертебрально-базиллярная недостаточность: механизмы развития и методы терапии // Фарматека. – 2010. – № 7. – С. 27–31.
16. Котова О. В., Максимова Л. Н. Пациент с психовегетативным синдромом: помогает врач общей практики // Фарматека. – 2012. – № 19. – С. 36–40.
17. Кузьмина В. Ю., Хохлов Ю. К., Савин А. А. Влияние озонотерапии на деятельность вегетативной нервной системы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 10. – С. 18–23.
18. Кукуев Л. А. К методологическим и методическим проблемам неврологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – № 12. – С. 104–105.
19. Кухтевич И. И. Церебральная ангиодистония в практике невропатолога и терапевта. – М.: Медицина, 1994. – 160 с.
20. Магомедова А. Н., Азимова Ю. Э. Депрессивные расстройства в практике психиатра и невролога // Фарматека. – 2013. – № 19. – С. 10–15.
21. Марданлы С. Г., Первушин Ю. В., Иванова В. Н. Спинномозговая жидкость, лабораторные методы исследования и их клинико-диагностическое значение: учебное пособие для специалистов по клинической лабораторной диагностике. – Электрогорск: ЗАО «ЭКОлаб», 2011. – 72 с.
22. Миртовская В. Н., Середа А. Н. Состояние вегетативной нервной системы у мужчин с мозговой сосудистой недостаточностью на фоне гормональной перестройки // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1992. – № 5. – С. 7–8.
23. Молоков Д. Д., Бурцев Е. М. Констрикторные реакции мозговых сосудов в патогенезе дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1996. – № 5. – С. 64–67.
24. Морозова Е. А., Белоусова М. В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: эволюция, клиника, лечение // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009. – № 2. – С. 31–34.
25. Особенности реологии, систем гемостаза, фибринолиза и липидного спектра у пациентов с начальными стадиями цереброваскулярной патологии / В. Г. Ионова, М. В. Костырева, А. А. Шабалина [и др.] // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2011. – № 3 (47). – С. 7–54.
26. Пантелеева Е. А. Синдром позвоночной артерии и тактика ведения пациентов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 12. – С. 46–50.
27. Положий Б. С., Акерман Е. А. Невротические расстройства у работников промышленных предприятий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 11. – С. 66–70.
28. Проблема психофизиологической специфичности панических атак / М. С. Синячкин, А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1996. – № 3. – С. 113–119.

29. Путилина М. В., Гришин Д. В. Принципы коррекции хронической ишемии головного мозга у пациентов с вертеброгенной патологией. – М., 2013. – 93 с.
30. Радионуклидная диагностика для практикующих врачей / под ред. Ю. Б. Лишманова, В. И. Чернова. – Томск: STT, 2004. – 394 с.
31. Результаты клинического исследования эффективности кавинтона у больных с хронической ишемией мозга / Б. И. Доронин, Т. Ф. Попова, Н. В. Корнач [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 12. – С. 48–50.
32. Ройтман Е. В. Клиническая гемореология // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2003. – № 3 (15). – С. 3–27.
33. Роль синдрома вегетативной дистонии в генезе доинсультных форм цереброваскулярной патологии у женщин молодого возраста / А. Р. Рахимджанов, Б. Г. Гафуров, Я. Н. Маджидова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – № 6. – С. 19–21.
34. Румянцева С. А., Афанасьев В. В., Силина Е. В. Патологическая основа комплексной нейропротекции при ишемии мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009. – № 3. – С. 64–68.
35. Сапин М. Р., Никитюк Д. Б. Иммунная система, стресс и иммунодефицит. – М.: АПП «Джангар», 2000. – 184 с.
36. Симонов П. В. Лимбические структуры мозга и патогенез неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – № 11. – С. 1665–1670.
37. Синьков С. В., Заболотских И. Б., Величко Д. С. Эффективность коррекции нарушений гемостаза с позиции энергодефицитных состояний // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2013. – № 2 (54). – С. 46–55.
38. Скворцова В. И., Иванова Г. Е., Стаховская Л. В. Возможности расширения реабилитационного потенциала больных с церебральным инсультом // РМЖ. – 2011. – № 9. – С. 579–583.
39. Сорокоумов В. А. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения. Представления о патогенезе и повседневная практика // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2001. – № 1. – С. 21–26.
40. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. – 504 с.
41. Стандарты стационарной медицинской помощи ЦМСЧ № 122 / под ред. Я. А. Накатиса. – СПб., 2006. – 310 с.
42. Судаков К. В., Умрюхин П. Е. Системные основы эмоционального стресса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112 с.: ил.
43. Суслина З. А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика / З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин, Н. В. Верещагин. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 352 с.
44. Талицкая О. Е., Шварков С. Б. Цефалгический синдром при вегетативной дисфункции у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1999. – № 1. – С. 11–14.
45. Тутер Н. В. Клинические, нейрофизиологические и психологические особенности пациентов с паническими расстройствами при неврозах // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 12. – С. 11–15.
46. Филатова Е. Г. Тревога в неврологической практике // Лечение нервных болезней. – 2005. – Т. 6, № 1 (15). – С. 1–5.
47. Хайне Х. Биология стресса // Биологическая Медицина. – 2002. – № 1. – С. 7–12.
48. Харитонов С. В., Семке В. Я., Аксенов М. М. Психофизиология неврозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1999. – № 6. – С. 59–62.
49. Церебральная венозная недостаточность в картине дисциркуляторной энцефалопатии / С. В. Лобзин, И. Э. Ицкович, М. Д. Лунина [и др.] // Сосудистые заболевания нервной системы: материалы Всероссийской научно-практической конф. – СПб., 2011. – С. 151.
50. Чуканова Е. И. Актуальные вопросы диагностики и лечения хронической ишемии мозга у больных с артериальной гипертензией (Российская многоцентровая клинико-эпидемиологическая программа КАЛИПСО) // Consilium Medicum. – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 58–63.
51. Чуканова Е. И., Чуканова А. С., Данилова Н. Д. Церебральные венозные нарушения: диагностика, клинические особенности // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. – 2014. – № 1. – С. 89–94.
52. Чутко Л. С., Рожкова А. В., Сурушкина С. Ю. Синдром эмоционального выгорания: клинические варианты // Фарматека. – 2013. – № 6. – С. 31–33.
53. Шавловская О. А. Терапия астенических состояний у больных с хронической ишемией мозга // Фарматека. – 2013. – № 19. – С. 56–61.
54. Шапкин Ю. Г., Масяков В. В. Селезенка и иммунный статус организма // Вестник хирургии. – 2009. – № 2. – С. 110–113.
55. Шутов А. А., Пустоханова Л. В. Вегетативные нарушения в формировании клинических проявлений начальных форм сосудистых поражений головного мозга // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1992. – Т. 92, № 5. – С. 59–61.
56. Anti-mitochondrial type M5 and anti-cardiolipin antibodies in autoimmune disorders: studies on their association and cross-reactivity / P. L. Meroni, E. N. Harris, A. Brucato [et al.] // Clin. Exp. Immunol. – 1987. – Vol. 67. – P. 484–491.
57. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice / N. Nguyen, E. Fakra, V. Pradel [et al.] // Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp. – 2006. – Vol. 21. – P. 139–149.
58. Erecinska M., Silver I. A. ATP and brain function // J. Cerebr. Blood Flow. – 1989. – Vol. 9, N 1. – P. 2–19.
59. Patterns of energy substrates during ischemia measured in the brain by microdialysis / R. Hlatky, A. B. Valadka, J. C. Goodman [et al.] // J. Neurotrauma. – 2004. – Vol. 21, N 7. – P. 894–906.

УДК 616-005.6-084

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

^{1,2}В. А. Кащенко, ²А. И. Федоров, ²А. С. Климов, ²Н. Н. Лебедева¹ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова
Федерального медико-биологического агентства»²ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»^{1,2}V. A. Kashchenko, ²A. I. Fedorov, ²A. S. Klimov, ²N. N. Lebedeva

PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN SURGICAL PATIENTS

¹Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency²Saint Petersburg State University

РЕФЕРАТ. Представлены российские данные международного регистра ENDORSE, результаты проекта «Территория безопасности от венозных тромбозных осложнений (2009–2011)». Проведен анализ данных по распространенности венозного тромбоза, дана оценка качества профилактики венозного тромбоза и ее экономической целесообразности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тромбоз, венозный тромбоз, тромбоз глубоких вен, профилактика тромбоза легочной артерии.

Под термином венозный тромбоз (ВТЭ) в настоящее время, понимают два патологических состояния – венозный тромбоз (ВТ) и тромбоз легочных артерий (ТЭЛА) [12]. Несмотря на различную клиническую картину проявления данных состояний, они имеют общий патогенез, факторы риска и часто протекают одновременно и бессимптомно. ВТ и ТЭЛА возникают в результате внутрисосудистого тромбообразования, причем в 70% случаев ТЭЛА удается выявить тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей [1].

В США и Европе ежегодная заболеваемость ТГВ – 160 случаев на 100 тыс. населения, 20 случаев на 100 тыс. симптомной нефатальной ТЭЛА и 5 случаев смертельной ТЭЛА на 100 тыс. населения по результатам аутопсии [7]. По другим данным в 25 странах Европы ежегодно регистрируется более 680 тыс. случаев ТГВ и более 430 тыс. случаев ТЭЛА. Летальность среди нелеченных пациентов с ТЭЛА составляет 30–40%, однако при своевременной диагностике и адекватном лечении летальность снижается до 8–10% [1]. Актуальность ВТЭ заключается также в трудности диагностики и частом бессимптомном течении. По данным патологоанатомических исследований, 50–80% ТЭЛА не диагностируются в стационаре, в то же время у 70% лиц с ТЭЛА удается

SUMMARY. Presents Russian data International register ENDORSE the results of the project Territory safe from venous thromboembolism, conducted in 2009–2011. Analysis the prevalence of venous thromboembolism, quality assessment prevention of venous thromboembolism and its economic feasibility.

KEY WORDS: thrombosis, venous thromboembolism, deep vein thrombosis, prevention of pulmonary embolism.

выявить ТГВ нижних конечностей. И, в свою очередь, 50% больных с ТГВ имеют бессимптомную ТЭЛА [1].

За последние 30 лет выполнено большое количество исследований, которые убедительно показали, что первичная профилактика ТГВ эффективна и позволяет значительно снизить частоту ВТЭ, в том числе фатальных [10]. Наиболее масштабные из них – международное исследование ENDORSE (данные опубликованы в 2008 году) и российский проект «Территория безопасности от венозных тромбозных осложнений», который проводился в два этапа с 2009 по 2013 год.

В глобальном регистре ENDORSE участвовали 358 госпиталей из 32 стран, проанализированы данные 68 183 больных в глобальном регистре, в том числе 4788 больных в российском регистре [14]. Проект «Территория безопасности» оказался сопоставим по количеству отобранных больных с ENDORSE, но оказался значительно глобальнее по сравнению с российскими данными. В проекте с 2009 по 2011 год приняли участие 59 стационаров России из разных округов, которые предоставили оценочные листы на 53 596 пациентов [3].

При обсуждении вопроса о проблеме профилактики ВТЭ необходимо затронуть и экономическую

составляющую. Результатом ТГВ нижних конечностей практически всегда является развитие хронической венозной недостаточности (ХВН), что в дальнейшем приводит к трофическим нарушениям. Ежегодные затраты на лечение ХВН в странах Европы составляют порядка 2,6 млрд евро в год, в США эта цифра достигает 3,2 млрд долларов [9]. В России различные формы ХВН наблюдаются у 35 млн человек, причем у 15% из них имеются трофические изменения кожи, открытые или рецидивирующие трофические язвы. Посттромбофлебитическая болезнь развивается в течение 1–2 лет после перенесенного тромбоза глубоких вен у 20–50% пациентов, а через 5–10 лет эта цифра доходит до 95% [11].

Одной из целей российского проекта «Территория безопасности» было проведение фармакоэпидемиологической и клинико-экономической оценки профилактики ВТЭ. По результатам такой оценки экономически обоснована выгода высокого уровня профилактики ВТЭ, так как при развитии осложнений (ТГВ, ТЭЛА) значительно увеличивается продолжительность стационарного лечения и ее себестоимость. Кроме того, было доказано экономическое преимущество использования низкомолекулярных гепаринов (НМГ) перед нефракционированными гепаринами (НФГ), несмотря на их более низкую стоимость [5].

Патогенез ВТ изучен довольно подробно, а основные положения описал еще в XIX веке Р. Вирхов (R. Virchow): изменение состава крови (гиперкоагуляция или тромбофилия), снижение скорости кровотока (стаз), повреждение эндотелия. Выделяют также предрасполагающие факторы риска развития ВТЭ – основные и дополнительные. Наиболее частыми основными факторами риска ТГВ являются операция, травма и иммобилизация (около 50% случаев), 20% случаев связано с онкологическими заболеваниями и около 30% – это «идиопатические» тромбозы, однако у 50% таких пациентов выявляются различные тромбофилические состояния [6] (табл. 1).

На сегодняшний день по различным рекомендациям выделяют 3 или 4 степени риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). По рекомендациям АССР – это низкий, средний, высокий и очень высокий, в рекомендациях Guideline for Prevention of VTE выделяют только низкий, средний и высокий риски ВТЭ, но при этом определяя для каждого профиля хирургических пациентов необходимые рекомендации [7, 13]. Для определения группы риска у больных хирургического профиля учитывают следующие критерии: продолжительность и тяжесть операции, возраст и соматический статус пациента, продолжительность иммобилизации, наличие тромбофилических состояний. Одним из немаловажных факторов профилактики ВТЭ является ранняя активизация пациента, использование программ быстрого восстановления, так называемый fast track [8].

Таблица 1

Абсолютный риск развития ТГВ у стационарных больных (при отсутствии профилактики)

Группы больных	Частота возникновения ТГВ, %
Хирургические заболевания (общая и сосудистая хирургия, онкология)	15–40
Протезирование тазобедренного и коленного суставов	40–60
Хирургическое лечение перелома бедра	40–60
Обширная травма	40–80
Повреждение спинного мозга	60–80
Пациенты ОРИТ	10–80
Большие гинекологические операции	15–40
Большие урологические операции	15–40
Нейрохирургия	15–40
Инсульт	20–50
Терапевтические заболевания	10–20

Оценивая риски развития ВТЭО, используют специализированные шкалы. Основная для хирургических пациентов шкала Caprini позволяет достоверно оценить вероятность развития послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений [2]. Также существуют и другие шкалы: Wells, Geneva, SAMAM. Шкалы Wells и Geneva чаще используются для определения рисков у пациентов терапевтического профиля [6]. Практически все эти шкалы доступны сейчас в электронном варианте, что значительно упрощает работу с ними.

В качестве рекомендаций для определения группы риска ВТЭ и выбора тактики проводимой профилактики в двух последних масштабных исследованиях использовались рекомендации АССР 2004. Как показали эти исследования – международный регистр ENDORSE и российский мультицентровый проект «Территория безопасности от венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО)», – четкое соблюдение определенных рекомендаций позволяет многократно снизить риск развития фатальных ТЭЛА и ТГВ [3].

По данным глобального регистра ENDORSE, согласно критериям АССР 2004, риск ВТЭ был выявлен у 51,8% стационарных больных, из них профилактика, соответствующая рекомендациям АССР 2004, проводилась у 50,2% нуждавшихся в ней. В свою очередь, по данным российского регистра, из 45,7% пациентов с выявленным риском профилактику получили только 23,8% нуждавшихся в ней. Таким образом, по частоте профилактики ТГВ и ТЭЛА Россия находится на одном уровне с Индией и уступает Турции и Румынии в 2 и 3 раза соответственно, при этом

наиболее часто профилактика ВТЭ проводится в Германии в 94% [4, 13]. По данным проекта «Территория безопасности», такой низкий уровень профилактики ВТЭ в нашей стране связан с неправильной оценкой группы риска: у 25% больных хирурги недооценивали опасность ВТЭ, а также недостаточный контроль за выполнением соответствующих риску рекомендаций [3]. В такой ситуации становится актуальной необходимость проведения систематической оценки риска ТГВ и ТЭЛА у всех хирургических пациентов, внедрение в практику врача стационара автоматизированных систем стратификации риска. Такие системы давно используются в клиниках США и Европы и в зарубежной литературе определяются как «системы поддержки принятия решений» (СППР). Опыт использования данных систем имеется и в некоторых медицинских учреждениях нашей страны [4].

Использование СППР в клинической практике позволяет уменьшить частоту ВТЭ с 2,18% до 1,73%

($p < 0,01$). Это происходит за счет стратификации рисков для всех поступающих больных и увеличения доли пациентов, которым проводится профилактика, с 56,7% до 78,1% ($p < 0,01$) [8].

При анализе данной литературы становятся понятными пути уменьшения частоты ВТЭ. Как оказалось, для десятикратного уменьшения количества ТГВ и ТЭЛА достаточно правильно оценить группу риска согласно разработанным шкалам и следовать международным рекомендациям по профилактике ВТЭ. Несомненно, внедрение автоматизированных СППР обеспечит большую приверженность врачей к выполнению мероприятий по профилактике венозных тромбозов. Кроме того, необходимо оценить эффективность и безопасность новых пероральных антикоагулянтов, определить их роль в профилактике ВТЭ, несмотря на то что они уже включены в международные рекомендации АССР 2012.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокарев И. Н., Попова Л. В. Венозный тромбоз эмболизм и тромбоз эмболия легочной артерии. – 2-е изд., пересмотр. – М.: ООО «Издательство «МИА», 2013. – 512 с.
2. Итоги проекта «Территория безопасности от венозных тромбоз эмболических осложнений» / В. С. Савельев, А. И. Кириенко, В. В. Андрияшкин [и др.] // Флебология. – 2011. – № 4. – С. 4–9.
3. Клиническая оценка шкалы «Саргипи» для индивидуального прогнозирования риска развития послеоперационных венозных тромбоз эмболий у хирургических пациентов / В. Е. Баринов, К. В. Лобастов, В. В. Бояринцев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12. – С. 11–16.
4. Оптимизация профилактики венозных тромбозов и эмболий в стационаре с использованием информационных технологий / Г. И. Назаренко, С. А. Пающик, В. А. Отдаленов [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – №10 (4). – С. 425–431.
5. Российские данные международного регистра ENDORSE, посвященного выявлению больных с риском тромбоза глубоких вен в стационарах, располагающих возможностями оказания экстренной медицинской помощи / В. А. Сулимов, С. М. Беленцов, Н. П. Дубровная [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2008. – № 3. – С. 6–16.
6. Фармакоэпидемиологическая и клинико-экономическая оценка профилактики венозных тромбоз эмболических осложнений (реальная практика назначений) / Д. Ю. Белоусов, Е. В. Афанасьева, А. И. Кириенко [и др.] // Качественная клиническая практика. – 2013. – № 2. – С. 2–17.
7. Comparison of the revised Geneva score with the Wells rule for assessing clinical probability of pulmonary embolism / F. A. Klok, E. Kruisman, J. Spaan [et al.] // J. Thromb. Haemost. – 2008. – N 6. – P. 40–44.
8. Effectiveness of a novel and scalable clinical decision support intervention to improve venous thromboembolism prophylaxis: a quasi-experimental study // BMC Med Inform Decis Mak. – 2012. – Vol. 12. – P. 92.
9. IUA-Guidelines for Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism. International Consensus Statement // International Journal. – 2013. – Vol. 32, No. 2.
10. Kehlet H. Fast-track colorectal surgery // Lancet. – 2008. – Vol. 371, N 9615. – P. 791–793.
11. Kelley M. A., Abuhil S. Massive pulmonary embolism // Clin. Chest. Med. – 1994. – N 15. – P. 547–560.
12. Low molecular weight heparin and unfractionated heparin in thrombosis prophylaxis: meta-analysis based on original patient data / A. Koch, S. Ziegler, H. Breitschwerdt [et al.] // Thromb. Res. – 2001. – N 102. – P. 295–309.
13. Prevention of venous thromboembolism / W. H. Geerts, J. A. Heit, G. P. Clagett [et al.] // Chest. – 2001. – N 119. – P. 132–175.
14. Schellong S. M., Bounameaux H., Buller H. Venous Thromboembolism // The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. – Oxford: Blackwell Publishing, 2006. – P. 1067–1092.
15. Seligsohn U., Lubetsky A. Genetic susceptibility to venous thrombosis // N. Engl. J. Med. – 2001. – N 344 – P. 1222–1231.
16. The epidemiology of leg ulcers // W. Westerhof. Leg Ulcers: Diagnosis and Treatment. – Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV, 1993. – P. 19–27.
17. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study / A. T. Cohen, V. F. Tapson, J.-F. Bergmann [et al.] // Lancet. – 2008. – Vol. 371. – P. 387–394.

УДК 616.19-006-089

РОЛЬ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СООТВЕТСТВИИ С ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ ОПУХОЛИ

^{1,3}Р. В. Орлова, ¹Н. В. Тюкавина, ²С. Н. Садыгова¹ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова
Федерального медико-биологического агентства»²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И. И. Мечникова» МЗ РФ³ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

R. V. Orlova, N. V. Tyukavina, S. N. Sadigova

ROLE OF PALLIATIVE OPERATIONS AT A BREAST CANCER ACCORDING TO AN IMMUNOHISTOCHEMICAL SUBTYPE OF A TUMOR

¹Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency²Mechnikov Northwest State Medical University³Saint Petersburg State University

РЕФЕРАТ. Изучение возможности и целесообразности хирургического лечения больных местнораспространенным и метастатическим распадающимся раком молочной железы в соответствии с иммуногистохимическими характеристиками опухоли, оценка роли оперативного вмешательства в комплексном лечении данной категории пациентов и частота местных рецидивов после паллиативных операций было проведено на 51 больной местнораспространенным раком молочной железы и 30 больных диссеминированным раком молочной железы. Анализ показал, что проведение хирургического лечения снижает риск возникновения кровотечений и улучшает качество жизни пациентов. Иммуногистохимическая характеристика опухоли не является значимым прогностическим фактором, влияющим на показания к операции. Выполнение паллиативных операций сопровождается низкой частотой местных рецидивов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак молочной железы, паллиативные операции, распад опухоли.

SUMMARY. The purpose of the study was to find possibility and expediency of palliative surgical treatment of breast cancer in correlation to immunohistochemical tumor characteristic, assess the role of surgery in complex treatment and frequency of recurrence. Fifty one patients with locally advanced and 30 patients with metastatic breast cancer were included in the study. The analyses showed decrease of the risk of tumor bleeding and improve in quality of life after palliative surgery. Immunohistochemical characteristics are not of prognostic value for surgical treatment. Palliative surgery in breast cancer is accompanied with low risk of local recurrence.

KEY WORDS: breast cancers, palliative surgery, tumor lysis.

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований среди женщин [1]. В 2012 году в мире диагностировано 1,67 миллиона новых случаев опухоли данной локализации (25% от всех случаев онкологических заболеваний) [3]. Около 3,5% женщин на момент обращения имеют неоперированную первичную опухоль молочной железы с уже имеющимися отдаленными метастазами. Для предотвращения локальных осложнений опухолевого процесса таким женщинам исторически проводились паллиативные операции. Целью таких операций было не увеличение продолжительности жизни больных, а исключительно местный контроль за заболеванием. Однако не существует

данных о том, как часто у неоперированных больных развиваются локальные осложнения. В 2002 году опубликовано исследование, в котором было показано, что проведение паллиативных мастэктомий при метастатическом РМЖ увеличивает общую выживаемость и снижает риск смерти на 39% при отсутствии опухолевых клеток в краях резекции [HR 0,61–95%, CI 0,58 – 0,65] [4, 8, 5]. Анализ 10 ретроспективных нерандомизированных исследований по хирургическому удалению первичной опухоли молочной железы при метастатическом раке продемонстрировал статистически значимое увеличение выживаемости в 7 исследованиях и тенденцию к увеличению данного показателя в 3 исследованиях [8]. Кроме того, в случае негативных по опухоли краев резекции показатели

выживаемости были выше во всех исследованиях. Однако многофакторный анализ показал, что наилучшие результаты получены у более молодых пациенток с благоприятным течением опухолевого процесса. Было проведено 2 рандомизированных исследования для оценки результатов раннего хирургического лечения первичной опухоли при метастатическом РМЖ. В исследование, проведенное в Индии, было включено 350 пациенток с метастатическим РМЖ, одним из которых проводилось хирургическое лечение с последующими 6 циклами химиотерапии, другим – только химиотерапия [6]. При медиане наблюдения 2 года не было выявлено статистически значимых различий в показателях выживаемости между 2 группами. Во второе исследование, проведенное в Турции, было включено 278 больных с метастатическим РМЖ [2, 9]. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: группа больных, подвергшихся хирургическому лечению сразу после диагностики метастатического РМЖ, и группу контроля. При медиане наблюдения 54 месяца не выявлено статистически значимых различий в показателях выживаемости. Тенденция к увеличению выживаемости отмечалась в группе пациенток с изолированным поражением костей. Результаты исследования показали, что проведение только системной терапии является стандартом для метастатического РМЖ при отсутствии локальных осложнений опухоли.

Однако поздняя обращаемость, ошибки диагностики, зачастую неправильное лечение приводят к тому, что до сих пор у 20–30% больных РМЖ заболевание осложняется распадом опухоли. Распадающаяся первичная опухоль молочной железы не только резко снижает качество жизни пациентов, но и может быть опасна из-за риска профузного кровотечения, инфицирования и тяжелой интоксикации. Это, безусловно, ограничивает возможности проведения противоопухолевой терапии и ухудшает прогноз заболевания.

Проведение симптоматической терапии, направленной на купирование основных симптомов распадающегося РМЖ, в таких случаях выдвигается на первое место. Данная терапия увеличивает время до начала специфического лечения опухоли, что зачастую приводит к отсутствию возможности адекватного противоопухолевого лечения в связи с диссеминацией процесса. Проведение паллиативных операций при распадающихся опухолях оправдано как при местнораспространенном заболевании, так и при наличии множественных отдаленных метастазов.

Цель исследования. Изучить возможности и целесообразность хирургического лечения больных местнораспространенным и метастатическим распадающимся РМЖ в соответствии с иммуногистохимическими характеристиками опухоли. Оценить роль оперативного вмешательства в ком-

плексном лечении данной категории пациентов, частоту местных рецидивов после паллиативных операций.

Материалы и методы. В исследование включена 51 больная местнораспространенным РМЖ и 30 больных диссеминированным РМЖ, получавших лечение в онкологическом отделении кафедры хирургических болезней с курсом детской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова и НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова с 2001 по 2009 год.

Характеристика больных местнораспространенным РМЖ

Возраст оперированных женщин колебался от 26 до 70 лет и в среднем составил 51,4 года. Эта группа больных характеризовалась следующими признаками:

- все пациентки (100%) имели распадающуюся опухоль молочной железы или опухоль с дистрофическими изменениями кожи на грани изъязвления, стадия T4N0-2M0;
- все пациенты на момент обращения не имели клиничко-рентгенологических признаков диссеминированного РМЖ.
- 28 пациентам (54,9%) перед операцией проводилась попытка системного противоопухолевого лечения: химиотерапия у 67,8% (19 пациентов), гормонотерапия – у 35,7% (10 пациентов).

40 (78,4%) больным выполнена мастэктомия по Пейти, 9 (17,6%) больным – мастэктомия по Холстеду и 2 (4%) пациентам – санитарная ампутация молочной железы без лимфаденэктомии.

По результатам морфологического исследования операционного материала 51 пациента с распадающимся раком молочной железы в 23 наблюдениях выявлены негативные регионарные лимфатические узлы (pN0), в 28 наблюдениях выявлены метастазы рака в регионарных лимфатических узлах (pN+).

Всем пациентам в послеоперационном периоде выполнено иммуногистохимическое исследование удаленной опухоли (табл. 1). 14 (27,5%) пациентов имели положительный рецепторный статус (ER+, PR+) без экспрессии онкопротеина HER2/неу. У 4 пациентов выявлены негативные регионарные лимфатические узлы (pN0), а у 10 больных – метастазы рака в регионарных лимфатических узлах (pN+). 34 (66,7%) пациента имели отрицательный рецепторный статус (ER-, PR-) без экспрессии онкопротеина HER2/неу, среди которых у 19 пациентов выявлены негативные регионарные лимфатические узлы (pN0), а у 15 – метастазы рака в регионарных лимфатических узлах (pN+). 3 (5,9%) пациента имели отрицательный рецепторный статус (ER-, PR-) с экспрессией онкопротеина HER2/неу. У всех 3 больных выявлены метастазы рака в регионарных лимфатических узлах (pN+).

Таблица 1
Данные морфологического исследования опухоли и регионарных лимфатических узлов у больных местнораспространенным РМЖ

Характеристика	Число больных (%)
Первичная опухоль	
эстрогенорецепторы: положительные отрицательные	14 (27,5%) 37 (72,5%)
прогестеронорецепторы: положительные отрицательные	14 (27,5%) 37 (72,5%)
экспрессия HER2/neu: отсутствует высокая	48 (94,1%) 3 (5,9%)
Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов:	
нет поражения поражены	23 (45,1%) 28 (54,9%)

Характеристика больных метастатическим РМЖ

Возраст оперированных женщин колебался от 28 до 72 лет и в среднем составил 52,6 года. Эта группа больных характеризовалась следующими признаками:

- все пациентки (100%) имели распадающуюся опухоль молочной железы или опухоль с дистрофическими изменениями кожи на грани изъязвления;
- все пациенты на момент обращения имели клиничко-рентгенологические признаки диссеминированного РМЖ. У всех 30 больных отмечено метастатическое поражение лимфатических узлов, кожи, у 11 (36,6%) больных – билатеральное поражение молочных желез, у 12 (40%) больных – поражение костей, у 11 (36,7%) – метастатическое поражение висцеральных органов (6 больных имели солитарные метастазы, 5 больных – множественные метастазы), в том числе 1 больная имела метастатическое поражение головного мозга;
- в 56,7% (17) случаев отмечена анемия, в том числе в 30% (9) случаев – анемия III степени и в 0,3% случаев (1) – анемия IV степени, что требовало неоднократных гемотрансфузий. У всех больных анемия была обусловлена интоксикацией и кровотечением из опухоли;
- всем больным перед санитарной операцией предпринималась попытка системного противоопухолевого лечения: химиотерапия – у 73,3% (22), гормонотерапия – у 40% (12) пациентов.

Все 30 больных подверглись атипичной мастэктомии и лимфаденэктомии, 11 больным была выполнена билатеральная мастэктомия. В одном случае мастэктомия выполнялась в срочном порядке в связи с профузным кровотечением. После паллиативного хирургического лечения всем больным было про-

изведено гистологическое исследование опухоли и регионарных лимфатических узлов, определение уровня эстрогено- и прогестеронорецепторов опухоли и экспрессии HER2/neu (табл. 2). Как видно из таблицы, у всех больных морфологически подтвержден диагноз злокачественной опухоли. У более половины пациентов в опухоли определены рецепторы эстрогенов (63,3%) и рецепторы прогестеронов (53,3%). Экспрессия рецепторов эпидермального фактора роста HER2/neu не определялась в 66,6% случаев (у 20 больных), низкая экспрессия отмечена у 7 (23,4%) и высокая – у 3 (10%) больных. При морфологическом исследовании регионарных лимфатических узлов, несмотря на массивное поражение и распад опухоли и клинически определяемые увеличенные лимфатические узлы, у 5 больных (16,7%) опухолевых клеток в них найдено не было и у 12 больных (40%) метастатическим процессом были поражены лишь единичные лимфатические узлы (от 1 до 5). Множественное метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов (более 10) отмечено лишь у 4 больных, что составило 13,3%.

Таблица 2
Данные морфологического исследования опухоли и регионарных лимфатических узлов у больных диссеминированным РМЖ

Характеристика	Число больных (%)
Первичная опухоль	
эстрогенорецепторы: положительные отрицательные	19 (63,3%) 11 (36,7%)
прогестеронорецепторы: положительные отрицательные	16 (53,3%) 14 (46,7%)
экспрессия HER2/neu: низкая высокая не определялась	7 (23,4%) 3 (10,0%) 20 (66,6%)
Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов:	
нет поражения поражены	5 (16,7%) 25 (83,3%)

Результаты.

Хирургическое удаление распадающейся опухоли молочной железы привело к значительному улучшению общего состояния пациентов, повышению уровня гемоглобина, уменьшению симптомов интоксикации. В среднем срок госпитализации больных составил 23 ± 2,6 дня. Улучшение общего состояния дало возможность всем больным назначить системное лекарственное лечение и лучевую терапию.

Все больные прослежены после операции в течение от 1 до 5 лет (медиана наблюдения составила 3,8 года).

Результаты лечения больных местнораспространенным РМЖ

В течение первого года после операции у 49 (96,1%) пациенток признаков местного распространения не выявлено. У 2 (3,9%) пациенток, перенесших мастэктомию по Пейти и Холстеду, выявлен местный рецидив в области послеоперационного рубца. Произведено иссечение рецидивов.

По результатам 3-летнего наблюдения 27 больных, получавших лечение, 3 года и более прожило 18 (62,5%) больных. 8 из 27 пациенток получали предоперационную лекарственную терапию. Из них 5 больных пережили 3-летний период наблюдения, а 3 умерли в течение 2-го и 3-го года после операции. Из 19 пациенток, не получавших предоперационного лечения в результате позднего обращения за специализированной медицинской помощью, 13 больных пережили 3-летний период наблюдения, а 6 умерли в течение 2-го и 3-го года после операции. Среди 27 пациенток 16 по результатам морфологического исследования операционного материала имели негативные регионарные лимфатические узлы (pN0). Все 16 пациенток пережили 3-летний период наблюдения. У 11 больных выявлены метастазы рака в регионарных лимфатических узлах (pN+). Из них только 2 пациентки пережили 3-летний период наблюдения, а 9 умерли в течение 2-го и 3-го года после операции, что соизмеримо с данными литературы о выживаемости больных с местнораспространенным раком молочной железы.

Результаты лечения больных метастатическим РМЖ

В различные периоды после операции у 12 (40%) больных отмечено прогрессирование опухолевого

процесса, из них только у 8 (26,7%) больных отмечен местный рецидив опухоли.

Показатели выживаемости в исследуемой группе пациентов были следующие: средняя продолжительность жизни больных – $21,5 \pm 2,2$ при медиане выживаемости 19 месяцев (8–60+). Графически функция выживания представлена на рисунке 1. Обращает на себя внимание низкая частота рецидивов в области послеоперационного рубца (только у 8 больных из 30). Это трудно объяснить с онкологических позиций, так как у всех больных даже теоретически не представлялось возможным выполнить радикальное вмешательство. Вместе с тем это обстоятельство наряду с высокой выживаемостью пациентов (медиана превышает 1,5 года) и несомненное улучшение качества жизни позволяют считать целесообразным включение санитарных операций в алгоритм лечения больных.

Паллиативное хирургическое лечение во всех случаях обеспечило повышение качества жизни пациентов. Однако выполнение подобного рода вмешательств может быть оправданно при достаточной ожидаемой продолжительности жизни. В связи с этим мы провели регрессионный анализ для определения прогностических факторов, влияющих на выживаемость больных. Следует отметить, что изученную группу больных, несмотря на наличие массивного распада первичной опухоли, отличает достаточно «доброкачественное» течение рака:

- длительный период роста опухоли, который иногда достигал 8 лет
- преимущественное поражение мягких тканей и костей
- отсутствие висцеральных метастазов у большей части пациентов (63,3%)

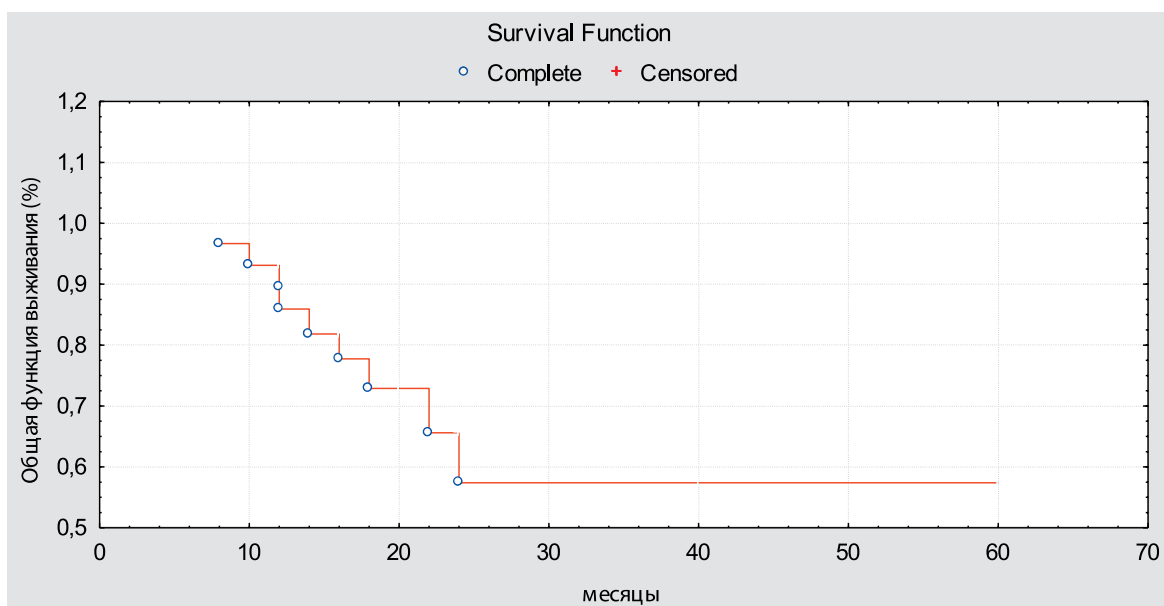


Рис. 1. Кривые выживаемости больных диссеминированным РМЖ, подвергшихся санитарной мастэктомии

• наличие положительных эстрогено- и прогестеронорецепторов опухоли (63,3% и 53,3% соответственно).

В регрессионную модель Кокса включены следующие факторы: уровень эстрогено- и прогестеронорецепторов опухоли, период роста опухоли, гистологическая структура опухоли, наличие висцеральных метастазов и анемии. Уровень экспрессии рецепторов HER2/neu не включался в модель, так как у большей части пациентов (66,7%) этот показатель не определялся.

В результате анализа выявлено, что прогностическое значение для пациентов диссеминированной РМЖ, имеющих распадающуюся первичную опухоль и подвергшихся санитарной операции, имеют наличие висцеральных метастазов ($p = 0,02$) и период роста опухоли ($p = 0,05$). Напротив, такие признаки, как наличие или отсутствие эстрогено- и прогестеронорецепторов в опухоли, гистологический ее вариант и анемии в регрессионной модели оказались не значимыми для оценки прогноза жизни. Адекватность вычисленной регрессионной модели Кокса по функции χ^2 была высокодостоверна ($p = 0,00013$).

Очевидно, что факт наличия висцеральных метастазов у большей части умерших пациентов (88,9%) и небольшой период роста первичной опухоли от момента ее обнаружения (средний показатель $17,4 \pm 3,5$ месяца) относительно периода роста опухоли живых больных (средний показатель $35,1 \pm 5,4$ месяца) является прогностически неблагоприятным. Однако нельзя не отметить, что в группе больных с продолжительной выживаемостью есть пациенты (3), которые имели висцеральные метастазы

(2 больных – солитарное метастатическое поражение легких, 1 больная – множественное поражение головного мозга).

Выводы

1. Хирургическое лечение распадающейся опухоли молочной железы обеспечивает гигиенический эффект, снижает риск возникновения профузного кровотечения, анемии, интоксикации и тем самым улучшает качество жизни пациентов и дает возможность проведения им соответствующего противоопухолевого системного лечения.

2. Влияние подобных операций на показатели выживаемости оценить сложно в связи с нерандомизированным характером исследования.

3. Иммуногистохимическая характеристика опухоли не является фактором, влияющим на показания к операции.

4. Выполнение паллиативных операций сопровождается низкой частотой местного рецидива 12,3% (у 10 из 81 больного).

5. Наиболее значимыми факторами, ухудшающими прогноз больных с метастатическим РМЖ, являются:

- наличие висцеральных метастазов
- высокая скорость роста опухоли (средняя продолжительность роста первичной опухоли с момента ее клинической манифестации – $17,4 \pm 3,5$ месяца).

6. В случае отсутствия висцеральных метастазов и длительного периода роста опухоли после клинической ее манифестации при наличии изъязвления или его угрозы целесообразно выполнение паллиативной мастэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрининг рака молочной железы: история и перспективы / В. И. Чиссов, В. А. Солодкий, Д. Д. Пак [и др.] // Онкология. – 2013. – № 2. – С. 46–51.
2. Early follow up of a randomized trial evaluating resection of the primary breast tumor in women presenting with de novo stage IV breast cancer; Turkish study (protocol MF07-01) / A. Soran, V. Ozmen, S. Ozbas [et al.] // Presented at: 2013 San Antonio Breast Cancer Symposium (December 11, 2013; San Antonio). – TX. Abstract S2-03.
3. GLOBOCAN 2012.
4. Khan S. A. Primary tumor resection in stage IV breast cancer: consistent benefit, or consistent bias? // Ann. Surg. Oncol. – 2007. – Vol. 14. – P. 3285–3287. doi: 10.1245/s10434-007-9547-9.
5. Ly B. H., Nguyen N. P., Vinh-Hung V. Loco-regional treatment in metastatic breast cancer patients: is there a survival benefit? // Breast Cancer Res. Treat. – 2010. – Vol. 119 (3). – P. 537–545.
6. Randomized Controlled Trial in Advance Stage Breast Cancer Patients for the Effectiveness on Stress Marker and Pain through Sudarshan Kriya and Pranayam / N. Kumar, S. Bhatnagar, T. Velpandian [et al.] // Indian. J. Palliat. Care. – 2013. – Vol. 19 (3). – P. 180–185.
7. Ruitenkamp J., Voogd A. C., Bosscha K. Impact of breast surgery on survival in patients with distant metastases at initial presentation: a systematic review of the literature // Breast Cancer Res. Treat. – 2010. – Vol. 120 (1). – P. 9–16.
8. Stage IV breast cancer in the era of targeted therapy: does surgery of the primary tumor matter? / H. B. Neuman, M. Morrogh, M. Gonen [et al.] // Cancer. – 2010. – Vol. 116. – P. 1226–1233.
9. TBCRC 013: a prospective analysis of the role of surgery in stage IV breast cancer: Poster presented at 2013 San Antonio Breast Cancer Symposium; (December 10–14, 2013; San Antonio) / T. A. King, J. P. Lyman, M. Gonen [et al.]. – TX. Abstract P2-18-09.

УДК 616.329:616.14-005.1]-072.1

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

¹Д. В. Распереза, ¹Е. А. Сишкова, ¹В. В. Тويدзе, ¹В. Н. Горбачев,
^{1,2}Е. Г. Солоницын, ¹С. М. Лобач, ¹Т. В. Тинякова

¹ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова
Федерального медико-биологического агентства»

²ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

¹D. V. Raspereza, ¹E. A. Sishkova, ¹V. V. Toidze, ¹V. N. Gorbachev,

^{1,2}E. G. Solonitsyn, ¹S. M. Lobach, ¹T. V. Tinyakova

DIAGNOSTIC ENDOSCOPY AT VARICOSE BLEEDINGS OF PORTAL GENESIS

¹Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency

²Saint Petersburg State University

РЕФЕРАТ. В работе проанализированы возможности диагностической эндоскопии при варикозном кровотечении портального генеза. Изложены классификации варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии. Обсуждена прогностическая значимость эндоскопических критериев.

Сделан вывод о том, что современные эндоскопические технологии представляют условия для формирования лечебно-диагностического комплекса первой линии при кровотечениях портального генеза. Диагностическая эндоскопия позволяет не только своевременно поставить точный диагноз и определить источник кровотечения, но и выявить прогностические критерии в отношении течения заболевания и его осложнений, что крайне важно для планирования адекватной лечебной программы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода, варикозное кровотечение, диагностическая эндоскопия.

Еще не забылся период, когда при подозрении на варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода эндоскопическое исследование считалось противопоказанным, что было связано с опасениями спровоцировать возникновение кровотечения. Однако по мере накопления опыта и эволюции хирургической методологии эндоскопия постепенно заняла ключевое место в диагностике и прогнозировании течения осложнений портальной гипертензии [1, 3, 4].

Если в диагностике и оценке степени ВРВ главенствующая роль эндоскопии ни у кого не вызывает сомнений, то относительно целесообразности исследования на высоте кровотечения единого мнения не существует. Высказываются опасения в связи с возможными осложнениями диагностической процедуры, проводимой в экстренном порядке, опасностью аспирации или провокации более массивного кровотечения [4, 5]. Некоторые авторы указывают на низкую диагностическую ценность эндоскопии на высоте кровотечения [5].

SUMMARY. Effectiveness of the diagnostic endoscopy for varicose bleeding in portal hypertension has been considered in the article. The classification of varicose veins of the esophagus is discussed as well as the prognostic significance of endoscopic criteria.

The conclusion has made that endoscopic technologies represent medical-diagnostic complex of the first line management when variceal bleeding has occur. Diagnostic endoscopy allows not only properly diagnose and to determine the source of bleeding, but also to identify prognostic criteria, which is very important for the planning of treatment programs.

KEY WORDS: portal hypertension, esophageal varices, variceal bleeding, diagnostic endoscopy.

Однако обобщение данных мировой хирургии и анализ результатов собственных исследований однозначно убеждает в целесообразности как можно более раннего эндоскопического исследования при кровотечениях портального генеза [1, 3, 6]. Противопоказаний к проведению данного метода практически не существует [2].

Перспективность широкого использования эндоскопического исследования определяется:

- возможностью сочетания диагностического и лечебного этапов при остром кровотечении;
- выявлением факторов риска кровотечения с целью решения вопроса о необходимости первичной профилактики геморрагии;
- оценкой вероятности возникновения рецидива кровотечения и выбором лечебной тактики предупреждения рецидива.

Целью исследования при остром кровотечении является не только обнаружение разрыва ВРВ, но и исключение источника кровотечения иного генеза, а также планирование последующего лечебного вмешательства.

Технические аспекты

Наличие в просвете пищевода и желудка «свежих» сгустков крови отражает продолжающийся характер кровотечения. Визуализация участка разрыва варикозной стенки со струйным выделением крови или незначительным ее истечением позволяет точно локализовать место кровотечения. В том случае, когда эндоскопический осмотр производится после остановки кровотечения, основным признаком, указывающим на место геморрагии, является наличие пристеночного фиксированного тромба в проекции варикозной вены.

Принципиальным моментом диагностического этапа эндоскопии является разграничение желудочного и пищевого кровотечения.

Факторами, затрудняющими поиск зоны кровотечения, являются обильное геморрагическое содержимое в просвете пищевода и желудка, часто связанное с непрерывным поступлением его в полость органа при продолжающемся кровотечении, а также постоянная регургитация крови из желудка в пищевод. Это характерно для больных с сопутствующим напряженным асцитом, у которых имеет место расширение пищевого отверстия диафрагмы. Для того чтобы преодолеть их негативное влияние, рекомендуется:

- процесс осмотра производить с приподнятым головным концом, что создает условия для перемещения крови в дистальную часть желудка и облегчает осмотр кардиального и субкардиального отделов при инверсии;
- использовать фиброэндоскопы с большим диаметром аспирационного (инструментального) канала, позволяющего удалить большую часть содержимого.

В случае продолжающегося характера кровотечения простым и эффективным приемом оказывается использование прозрачного цилиндра (колпачка), насаживаемого на дистальный конец эндоскопа. Это позволяет под непрерывным визуальным контролем осуществлять последовательную эндоскопическую компрессию вен пищевода, и тем самым существенно облегчить локализацию источника кровотечения в самых сложных ситуациях.

В процессе эндоскопии, помимо прямых признаков варикозного кровотечения, следует оценить прогностическую значимость всех местных факторов:

- размер, форму и цвет ВРВ;
- наличие и распространенность красных маркеров стенки (пятна «красной вишни», гематоцистные пятна, телеангиэктазии);
- выраженность портальной гастропатии.

При проведении экстренного эндоскопического исследования необходимо исключить геморрагию другой этиологии, так как в 10–28% случаев источник кровотечения не связан с варикозным расширением вен пищевода. У пациентов с портальной гипертензией могут развиваться кровотечения

другой этиологии – из язв пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в результате эрозивного гастрита и эзофагита.

К настоящему времени предложено множество классификаций варикозного расширения вен пищевода и желудка. Наибольшее распространение получила 4-степенная классификация по Raquet [7]:

1. Единичные эктазии вен (рентгенологически не определяются).

2. Единичные хорошо отграниченные стволы вен, преимущественно в нижней трети пищевода, которые при инсuffляции остаются отчетливо выраженными. Нет сужения просвета пищевода. Нет истончения эпителия на венах. Отсутствуют красные маркеры стенки.

3. Отчетливое сужение просвета пищевода стволами ВРВ, расположенными в нижней и средней трети пищевода, которые частично уменьшаются только при сильной инсuffляции воздуха. На верхушках ВРВ определяются красные маркеры стенки.

4. Просвет пищевода полностью выполнен варикозными узлами, даже при максимальной инсuffляции воздуха. Расширение вен затрагивает верхнюю треть пищевода. Эпителий над венами истончен. Определяется множество красных маркеров стенки.

Ряд авторов придерживается трехстепенной классификации варикозного расширения вен пищевода и желудка [8]:

ВРВ пищевода:

I степень – диаметр вен не превышает 5 мм, вытянутые, располагаются только в нижней трети пищевода;

II степень – ВРВ диаметром от 5 до 10 мм, извитые, распространяются в средней трети пищевода;

III степень – размер вен более 10 мм, напряженные, с тонкой стенкой, расположены вплотную друг к другу, на поверхности вен красные маркеры.

ВРВ желудка:

I степень – диаметр вен не более 5 мм, едва различимы над слизистой желудка;

II степень – ВРВ размером от 5 до 10 мм, солитарно-полипоидного характера;

III степень – вены диаметром более 10 мм, представляют обширный конгломерат узлов, тонкостенные, полипоидного характера.

В стандартах ведения ВРВ пищевода от 2007 года, предложенных Всемирной гастроэнтерологической организацией (World Gastroenterology Organisation (WGO) Practice Guidelines), приведена двухстепенная классификация ВРВ пищевода. Данное упрощение связано с тем, что на практике рекомендации по ведению пациентов с ВРВ среднего размера (medium size), соответствующих трехстепенной классификации, аналогичны таковым для пациентов с ВРВ большого размера (large) по двухстепенной классификации.

В данной классификации к «маленьким» вариксам относят вены диаметром меньше 5 мм, а к «большим» – больше 5 мм.

Японское научное общество по изучению портальной гипертензии в 1991 году опубликовало основные правила для описания и регистрации эндоскопических признаков ВРВ пищевода и желудка. Правила содержат 6 основных критериев, согласно которым оценивается состояние варикозных изменений вен как до, так и после лечебных воздействий.

1. Локализация – эта характеристика требует определения распространенности ВРВ вдоль пищевода, а при выявлении вен желудка оценивается их расположение относительно кардии:

- нижняя треть пищевода – Li;
- средняя треть – Lm;
- верхняя треть – Ls;
- ВРВ желудка – Lg;

располагающиеся в кардии – Lg-c;

- отдаленные от кардии (фундальные вариксы) – Lg-f.

2. Форма (вид и размер) – оценивается внешний вид и размер ВРВ, при этом обнаруживают:

- отсутствие вен – F0;
- короткие, малого калибра ВРВ – F1;
- умеренно расширенные, извитые ВРВ – F2;
- значительно расширенные, узловатые ВРВ – F3.

3. Цвет – этой категорией отражается толщина стенки ВРВ. Синий цвет указывает на значительное ее истончение:

- белый – Cw;
- синий – Cb.

4. Красные маркеры стенки – среди них выделяют:

- «пятна красной вишни» – CRS;
- гематоцистные пятна – HCS;
- телеангиэктазии – TE.

5. При описании кровотечения необходимо установить его интенсивность, а в случае спонтанного гемостаза оценить характер тромба и стигм анамнестического кровотечения:

- в период кровотечения: струйное или в виде просачивания;
- после достижения гемостаза: красный тромб или белый тромб.

6. Изменения слизистой пищевода могут быть как проявлением рефлюксной болезни, так и следствием лечебного эндоскопического воздействия:

- эрозия – E;
- язва – U;
- рубец – S.

«Пятна красной вишни» при эндоскопии выглядят как незначительно выступающие участки красного цвета, располагающиеся на вершинах ВРВ подслизистого слоя диаметром до 2 мм. В литературе встречаются термины «микровариксы», «вариксы на вариксах». Маркеры являются расширенными интра- и субэпителиальными венулами, которые в норме несут кровь от эпителия в подслизистое венозное сплетение. «Пятна красной вишни» наблюдаются у 50% больных с ВРВ пищевода и наи-

более часто встречаются при значительном расширении вен.

Гематоцистные пятна (hematocystic spots) представляют собой расширенные интраэпителиальные венозные узлы, располагающиеся в проекции коммуникантной варикозной вены. Эндоскопически они выглядят как пузырьки красного цвета, обычно солитарные, диаметром около 4 мм. Данные изменения встречаются при ВРВ пищевода приблизительно в 8%. Участок пищевода в зоне гематоцистного пятна покрыт тонким слоем эпителия. Именно эти сосудистые образования являются наиболее слабыми участками варикозной стенки и местом развития кровотечения. При резких колебаниях портального давления, вследствие возникающего при этом обратного тока крови из наружного перизофагального венозного сплетения во внутреннее подслизистое, возможен разрыв слизистой в области гематоцистного пятна.

Телеангиэктазии представляют собой сеть мелких извитых сосудов микроциркуляторного русла, расположенных субэпителиально, преимущественно в нижней трети пищевода.

Таблица 1

Прогностическая значимость эндоскопических признаков

Эндоскопический признак	Вероятность кровотечения, %
Красные маркеры стенки отсутствуют маловыраженные умеренные выраженные	19 33 40 80
Размер небольшой средний большой	18 29 49
«Пятна красной вишни» отсутствуют маловыраженные умеренные выраженные	23 32 40 55
Локализация только н/3 включая ср/3 включая в/3	19 31 43
Диффузная краснота нет есть	25 43
Гематоцистные пятна нет есть	24 43
Цвет вариксов белый синий	25 39
Портальная гипертензивная гастропатия нет умеренная выраженная	18 38 64

С целью обобщения прогностической значимости различных эндоскопических признаков мы сочли целесообразным воспроизвести в виде таблицы данные о прогностической значимости эндоскопических признаков (табл. 1).

Таким образом, современные эндоскопические технологии представляют условия для формирования лечебно-диагностического комплекса пер-

вой линии при кровотечениях портального генеза. Диагностическая эндоскопия позволяет не только своевременно поставить точный диагноз и определить источник кровотечения, но и выявить прогностические критерии в отношении течения заболевания и его осложнений, что крайне важно для планирования адекватной лечебной программы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е., Земляной В. П., Кащенко В. А. Прогноз, профилактика и лечение кровотечений портального генеза // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 136.
2. Борисов А. Е., Кащенко В. А. Сравнительный анализ результатов лечения больных с острым варикозным пищеводно-желудочным кровотечением: роль эндоскопических технологий // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. – 2003. – Т. 162, № 3. – С. 88.
3. Борисов А. Е., Рыжков В. К., Кащенко В. А. Малоинвазивные операции в лечении пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2000. – № 2. – С. 214.
4. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика / А. К. Ерамышанцев, Е. А. Киценко, А. Г. Шерцингер [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 105–110.
5. Шерцингер А. Г., Тимен Л. Я., Боур А. В. Эндоскопический гемостаз в экстренной хирургии // *Эндоскопическая хирургия*. – 1998. – № 1. – С. 42.
6. Harry R., Wendon J. Management of variceal bleeding // *Current option in critical care*. – 2002. – Vol. 8. – P. 164–170.
7. Paquet K. J., Lazar A. Zum Stellenwert von Kollateralisations und Venensperroperationen bei der akuten Ösophagusvaricenblutung des Lebercirrhotikers // *Der Chirurg*. – 1995. – Bd. 66. – S. 582–587.
8. *Praxis der therapeutischen Endoskopie* / N. Soehendra, K. Binmoeller, H. Seifert [et al.]. – Stuttgart; New York: Thime, 1997. – 214 s.

УДК 616.345-089

ПРОГРАММЫ БЫСТРОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ. СОСТОЯНИЕ НА 2014 ГОД

А. С. Климов, А. И. Федоров, Н. Н. Лебедева

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

A. S. Klimov, A. I. Fedorov, N. N. Lebedeva

FAST TRACK COLORECTAL SURGERY. CURRENT STATE

Saint Petersburg State University

РЕФЕРАТ. В данной работе представлен обзор литературы за период с 2004 по 2014 год, посвященной протоколам fast track и ускоренного восстановления пациентов после операций на толстой кишке. Проанализированы данные электронных научных баз PubMed, Cochrane Library.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: колоректальная хирургия, колоректальный рак, fast track, протоколы ускоренного восстановления после операций.

Введение. Протоколы ускоренного восстановления используются в хирургии толстой кишки более 10 лет. Использование современных хирургических подходов с вовлечением в лечебный процесс специалистов различных медицинских специальностей – хирургов, анестезиологов, физиотерапевтов, социальных работников – привело к созданию

SUMMARY. In this paper summarized data about “fast track” and Enhanced Recovery After Surgery protocols in the field of colorectal surgery for the period from 2004 till 2014. Data collected from scientific Database such as PubMed, Cochrane Library.

KEY WORDS: fast track, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), colorectal surgery, colorectal cancer.

протоколов ускоренного восстановления после хирургических вмешательств. Впервые предложенные датским врачом Henrik Kehlet подходы, называемые в иностранной литературе fast track, или Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), позволили снизить частоту осложнений у хирургических пациентов. [11]. Сформированные постулаты постепенно стали при-

меняться в различных областях, преимущественно в плановой колоректальной хирургии. Это связано в том числе с наличием стандартных объемов оперативных вмешательств, используемых при хирургическом лечении рака толстой кишки [1, 3].

Проведенные исследования показали эффективность использования протоколов быстрого восстановления [2, 4–18], однако поставили некоторые вопросы, требующие уточнения. Важным является отсутствие единого общепринятого протокола быстрого восстановления, регламентирующего ведение пациентов в пред-, интра- и постоперационном периодах.

Материалы. Проанализированы данные литературы за 10 лет (2004–2014), посвященные вопросам хирургии быстрого восстановления при операциях на толстой кишке в электронных базах данных научной литературы PubMed, Cochrane Library.

Критерии включения пациентов в протоколы быстрого восстановления. Первоначальные исследования включали пациентов с наименьшими хирургическими рисками. В исследование S. W. Polle et al. [14] были включены только пациенты I-II классов риска по классификации American Society of Anesthesiologists (ASA). В статье S. W. Polle et al. [14] приводятся подробные схемы протоколов быстрого восстановления и традиционной курации хирургических пациентов. В соответствии с протоколом ускоренного восстановления исследователи выделяют 13 элементов. Однако постепенно получаемые данные позволили расширить показания к включению более соматически отягощенных пациентов. В работе A. Ehrlich et al. [15], опубликованной в 2014 году, авторы приводят список из 20 параметров, формирующих протокол быстрого восстановления. При этом в исследование включались в том числе и пациенты с ASA III класса, а также пациенты пожилого возраста. Критерии выписки, используемые при создании протоколов ускоренного восстановления, такие же, как и при традиционной курации хирургических пациентов [14]. К этим критериям относились: 1) адекватный контроль болевого синдрома при помощи пероральных препаратов; 2) отсутствие тошноты; 3) самостоятельное отхождение газов или наличие стула; 4) способность принимать твердую пищу; 5) способность пациента обслуживать себя так же, как и до операции; 6) согласие пациента на выписку. Также важно отметить организационную особенность. При ведении пациента в соответствии с протоколом ускоренного восстановления в первые 24–48 часов после выписки из стационара происходит обязательный телефонный разговор пациента со специально обученным медицинским сотрудником, уточняющим состояние пациента после выписки [14, 15].

Выбор хирургического доступа при операциях на толстой кишке. Исследования, направленные на сравнение открытого доступа и лапароскопической техники, дали противоречивые данные. Некоторые

показали сходные результаты как при открытом, так и при лапароскопическом доступе. [4, 5]. При этом были сопоставимы не только частота осложнений, повторных поступлений и функционального восстановления, но и продолжительность госпитализации. Однако следует отметить, что более поздние исследования [10, 13], выявили значимое укорочение периода госпитализации при использовании лапароскопии. В статье P. M. King et al. [13] авторы приводят следующие данные: «при использовании лапароскопической хирургии в сочетании с программой ускоренного восстановления (ERAS) отмечалось укорочение продолжительности госпитализации (медиана 5 дней против 8 дней (при открытом доступе), $P = 0,006$) и сокращение повторных поступлений в стационар (5% против 26%, $P = 0,027$)». Использование лапароскопического доступа способно снизить интраоперационную травму и, как следствие, степень стресса в организме пациента в ответ на хирургическое вмешательство [11]. Выбор оперативного доступа, тем не менее, осуществляется оперирующим хирургом, исходя из конкретной клинической ситуации [15].

Факторы риска, обуславливающие неудачу при fast track-курации. По данным U. Clauer et al. [8], у 10% пациентов, оперированных по поводу рака толстой или прямой кишки, несмотря на терапию в рамках протокола ускоренного восстановления, в послеоперационном периоде длительное время сохранялся парез кишечника. Самым сильным фактором, влияющим на исход лечения, являлось наличие / степень выраженности заболеваний сердечно-сосудистой системы перед оперативным вмешательством. Многофакторный анализ, проведенный группой исследователей [12], выявил, что возраст, индекс массы тела и сопутствующая патология влияют на исход при операциях на толстой кишке больше всего. При этом ASA III–IV класса, мужской пол, возраст старше 80 лет и хирургическое вмешательство на прямой кишке являются независимыми предиктивными факторами увеличения продолжительности госпитализации. С. Keane et al. [7] отмечают в своей статье, что применение части элементов быстрого восстановления все же не позволяет достичь таких показателей, как при курации пациентов в соответствии с полными протоколами быстрого восстановления. Авторы статьи S. W. Polle et al. [14] также отмечают затруднение использования одновременно всех 13 элементов протоколов быстрого восстановления, особенно на этапе первоначального их внедрения в повседневную работу стационара. При этом важно отметить, что в исследование были включены только пациенты с ASA I–II классов. Частота повторных поступлений является важным критерием оценки эффективности внедренной в медицинском учреждении программы ускоренного восстановления. Например, авторы статьи С. Keane et al. [7] сообщают, что при использовании программы ERAS отмечалось значимое увеличение частоты повторных поступлений (26,7%

против 11,1% (традиционная курация), $P = 0,0271$), однако общая продолжительность госпитализаций все равно была меньше в группе ускоренного восстановления (7 дней против 9 дней, $P = 0,0014$). Также не было различий в частоте осложнений (35,6% против 45,6%, $P = 0,3555$). Стоит отметить также парамедицинские факторы, влияющие на эффективность протоколов ускоренного восстановления. Около 10% пациентов, по данным С. Keane et al. [7], проходивших лечение по программе ускоренного восстановления, могли быть выписаны из стационара ранее фактического срока выписки, однако этому воспрепятствовали различные социальные факторы, например отсутствие возможности амбулаторного медицинского / сестринского ухода за пациентом.

Выводы. Использование лапароскопического доступа при оперативном вмешательстве, по данным большинства проанализированных источников, позволяет снизить частоту осложнений и ускорить выписку из стационара. Соблюдение протоколов ERAS позволяет ускорить процесс восстановления после операции, уменьшая частоту осложнений. Протоколы быстрого восстановления применимы в том числе и у пожилых пациентов, а также у пациентов с сопутствующей соматической патологией. Целесообразно создание собственных протоколов быстрого восстановления в каждом конкретном медицинском учреждении, учитывая локальные особенности организации медицинской службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашенко В. А., Петров В. П., Васюкова Е. Л. Вопросы стандартизации хирургического лечения рака ободочной кишки // Колопроктология. – 2014. – № 2 (48). – С. 4–9.
2. Климов А. С., Лебедева Н. Н. Принципы и клинические рекомендации при использовании методики Fast Track в колоректальной хирургии // Материалы юбилейной конференции, посвященной 90-летию профессора В. П. Петрова «Хирургия – искусство или технологии, творчество или стандартизация». – СПб., 2014. – С. 63.
3. Рак ободочной кишки: практические рекомендации / В. П. Петров, Р. В. Орлова, В. А. Кашенко [и др.]. – СПб.: X-PRINT, 2014. – 39 с.
4. Clauer U., Schäfer J., Roder J. Morbidität, Mortalität und Analyse prognostischer Faktoren beim kolorektalen Karzinom // Der Chirurg. – 2014. – P. 1–9.
5. Clinical and organizational content of clinical pathways for digestive surgery: a systematic review / L. Lemmens, R. van Zelm, I. Borel Rinkes [et al.] // Dig. Surg. – 2009. – Vol. 26, N 2. – P. 91–99.
6. Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care / L. Basse, J. E. Thorbol, K. Lossl [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol. 47, N 27. – P. 1–8.
7. Determinants of outcome after colorectal resection within an enhanced recovery programme / P. O. Hendry, J. Hausel, J. Nygren [et al.] // Br. J. Surg. – 2009. – Vol. 96. – P. 197–205.
8. Enhanced recovery after surgery (ERAS) programs for patients having colorectal surgery: a meta-analysis of randomized trials / C. Eskicioglu, S. S. Forbes, M. A. Aarts [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2009. – Vol. 13, N 12. – P. 2321–2329.
9. Enhanced recovery after surgery versus conventional care in colonic and rectal surgery. / C. Keane, S. Savage, K. McFarlane [et al.] // ANZ Journal of Surgery. – 2012.
10. Evaluation of a fast track protocol for patients undergoing colorectal surgery / A. Ehrlich, B. Wagner, M. Kairaluoma [et al.] // Scand J Surg. – 2014. – Vol. 103, N 3. – P. 182–188.
11. Fast track surgery versus traditional perioperative care in laparoscopic colorectal cancer surgery: a meta-analysis / J. H. Zhao, J. X. Sun, P. Gao [et al.] // BMC Cancer. – 2014. – N 14. – P. 1–12.
12. Fast track vs standard care in colorectal surgery: a meta-analysis update / N. Gouvas, E. Tan, A. Windsor [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. – 2009. – Vol. 24, N 11. – P. 19–31.
13. Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study / L. Basse, D.H. Jakobsen, L. Bardram [et al.] // Ann. Surg. – 2005. – Vol. 241, N 4. – P. 16–23.
14. Gastrointestinal transit after laparoscopic vs. open colonic resection / L. Basse, J. L. Madsen, P. Billesbolle [et al.] // Surg. Endosc. – 2003. – Vol. 17, N 9. – P. 19–22.
15. Implementation of a fast track perioperative care program: what are the difficulties? S. W. Polle, J. Wind, J. W. Fuhring [et al.] // Dig Surg. – 2007. – N 24 (6). – P. 441–449.
16. Kehlet H. Fast track colorectal surgery // Lancet. – 2008. – N 371. – P. 791–793.
17. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme / P. M. King, J. B. Blazeby, P. Ewings [et al.] // Br. J. Surg. – 2006. – Vol. 93. – P. 300–308.
18. Tan J. J., Foo A. Y., Cheong D. M. Colorectal clinical pathways: a method of improving clinical outcome? // Asian J. Surg. – 2005. – Vol. 28. – P. 252–256.

УДК 616.149-008.341.1:616.34-004-073.756.8

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЕ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

¹В. А. Ратников, ¹Т. В. Савельева, ¹Н. В. Марченко, ²Р. И. Лукичев
¹ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»
²ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

¹V. A. Ratnikov, ¹T. V. Savelyeva, ¹N. V. Marchenko, ²R. I. Lukichev MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSTIC PROGRAM FOR LIVER CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION

¹Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency

²Saint Petersburg State University

РЕФЕРАТ. В работе представлен анализ возможностей магнитно-резонансной томографии при циррозе печени и портальной гипертензии. Рассматриваются информативность и значимость метода для постановки диагноза, оценки нарушений регионарной гемодинамики, выявления гепатоцеллюлярной карциномы и степени фиброзирования паренхимы печени. Подчеркивается значение использования гепатоспецифического контраста. Делается вывод, что МРТ является современным высокоинформативным методом диагностики цирроза печени и портальной гипертензии, позволяет оценить прогноз течения заболевания и дать ценную информацию хирургам при планировании оперативного лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: цирроз печени, критерии диагностики, магнитно-резонансная томография, контрастные препараты.

SUMMARY. The paper presents an analysis of the capabilities of magnetic resonance imaging in liver cirrhosis and portal hypertension. Special attention has paid for using of MR liver specific contrast media. It is concluded that MRI is a modern, highly informative method of diagnostics of liver cirrhosis and portal hypertension, allows to estimate the prognosis of the disease and to provide valuable information for planning of surgical treatment.

KEY WORDS: liver cirrhosis, diagnostic criteria, MRI, contrast medium.

Синдром портальной гипертензии является основным «макросиндромом» цирроза печени. Именно признаки портальной гипертензии наиболее часто в клинической практике свидетельствуют о наступлении цирротической стадии хронических гепатитов [1], а также влияют на прогноз заболевания в целом [5].

За последние годы магнитно-резонансная томография (МРТ) стала одним из ведущих методов неинвазивной лучевой диагностики. С конца 70-х годов XX века, когда принципы магнитного резонанса впервые стали использоваться для исследования человеческого тела, этот метод медицинской визуализации существенно изменился и продолжает быстро развиваться. Совершенствуются техническое оснащение, программное обеспечение, развиваются техника и методики получения изображений, разрабатываются специальные контрастные вещества для МРТ. Целью настоящей работы явился анализ эффективности МРТ при циррозе печени и портальной гипертензии.

Традиционная нативная магнитно-резонансная томография. Первые работы, посвященные применению МРТ, носили описательный характер магнитно-резонансной картины печени, особенностей билиарного тракта и сосудистого русла.

Несомненными преимуществами современной высокопольной МРТ по сравнению с другими методами визуализации являются: высокая тканевая контрастность изображений за счет выгодного соотношения сигнал – шум, возможность получения целостного изображения органа в любой, произвольно выбранной, проекции, а также большие ресурсы программного обеспечения, используемые для проведения дифференциальной диагностики [2, 4].

Традиционная МРТ высокоинформативна при изучении печени в норме, а также в диагностике диффузных заболеваний. Работы, посвященные определению характера патологии с помощью МРТ, ведутся в направлении изучения изменений интенсивности сигнала. Контрастность изображения тканей на томограммах зависит от времени, необходимого для релаксации протонов, а точнее, от двух его компонентов: T2 – времени поперечной (спин-спиновой) релаксации и T1 – времени продольной (спин-решеточной) релаксации. Все ткани тела человека имеют характерные значения времени поперечной и продольной релаксации, при этом T1 длиннее T2 примерно в 2–5–10 раз. Так, следуя закономерности зависимости времени релаксации от содержания в тканях водорода, а следовательно, воды, было выявлено, что ткани, содержащие большее

количество жидкости при отеке, некрозе или повышенной васкуляризации, имеют удлиненные значения T2, в то время как ткани с элементами фиброобразования – укороченное время релаксации T2 и, соответственно, снижение интенсивности сигнала.

На T1-взвешенных изображениях узелки регенерации при циррозе и соединительно-тканые тяжи имеют вид образований с низкой интенсивностью сигнала. Ценность методики возрастает при необходимости исключения цирроза-рака или изменений опухолевого характера на фоне сопутствующего цирроза. Так, применение контрастного усиления препаратом Mn-DPDP обеспечило повышение интенсивности сигнала от гепатоцеллюлярной карциномы и от других опухолевых образований, что не характерно для фиброзных тяжей и рубцов.

Специфическими МР-признаками при циррозе печени являются узелки регенерации, визуализируемые как гипоинтенсивные на T2-взвешенных изображениях (ВИ) и гиперинтенсивные – на T1-ВИ. В целом ряде работ выявлена весьма важная закономерность, связанная со снижением в 3–4 раза интенсивности сигнала (ИС) от печени при ее фиброном перерождении в сравнении с аналогичным показателем от мышечной ткани.

Определенную ценность представляют методики, позволяющие регистрировать неравномерность изменения размеров долей и сегментов печени при циррозе. Они основаны на их различной вовлеченности в цирротический процесс. Так, хвостатая доля, в силу своего анатомического положения, находится в более выгодных условиях кровоснабжения и чаще всего подвергается гипертрофии, в то время как правая доля фиброзно сморщивается.

Введение в практику индекса соотношения размеров хвостатой доли (ХД) к правой доле (ПД) при увеличении его значения более 0,65 позволяет диагностировать цирроз печени в 96% случаев. Промежуточные значения индекса ХД/ПД от 0,51 до 0,65 соответствуют гистологическим диагнозам жировой инфильтрации, начальным стадиям фиброза или гепатита.

Таким образом, цирроз печени следует признать достаточно изученным неопухолевым заболеванием печени при помощи традиционной нативной МРТ.

МРТ с динамическим контрастным усилением. Применение магнитно-резонансных контрастных веществ в клинической практике основано на том, что при их помощи можно искусственно изменять магнитные параметры протонов в тканях и органах при МР-томографии и тем самым значительно повышать ее диагностическую эффективность.

Применение метода контрастного усиления во многом облегчает диагностику заболеваний печени и дифференциальную диагностику причин билиарной гипертензии. В настоящее время используются контрастные вещества, которые делятся в зависимости от типа контрастирования на позитивные

и негативные, а также на экстрацеллюлярные, органоспецифические и энтеральные.

Органоспецифические контрастные вещества типа мангафодипира (Mn-DPDP) тропны к гепатобилиарной системе и гепатоцитам. Парамагнитные липосомы, частицы оксида железа (типа AMI-25) избирательны к ретикулоэндотелиальной системе. Металлопорфирины применяются с целью выявления опухолей печени.

Более широко известны и применяются в отечественной клинической практике экстрацеллюлярные (сосудистые) парамагнитные комплексы гадолиния – препараты магневист («Шеринг») и омнискан («Никомед»). В основе их действия лежит укорочение времени T2 и T1, что способствует принципиальному повышению интенсивности сигнала на T1-взвешенных изображениях.

Процессы накопления различных по механизму усиления контрастных агентов отличаются также в зависимости от характера патологической ткани. Попытки разработки гепатоспецифических контрастных агентов для МРТ не являются новыми, однако все применяемые препараты отличали следующие особенности: длительное введение, отсутствие неспецифической фазы контрастирования, побочные эффекты [11, 13]. Примовист является первым органоспецифическим контрастным препаратом, лишенным указанных недостатков [8]. В настоящее время примовист зарегистрирован более чем в 40 странах, в том числе в России [4]. Особый интерес представляет внедрение примовиста с целью дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований печени, верификации фокальной нодулярной гиперплазии печени, выбора лечебной стратегии и планирования малоинвазивных методик лечения первичных и вторичных опухолей печени (абляции, химиоэмболизация и др.) [9, 12]. Требуют дальнейшего изучения возможности МРТ с примовистом в диагностике гепатоцеллюлярной карциномы, совершенствование методики исследования [10]. По данным ряда зарубежных исследователей, сравнительный анализ возможностей контрастной двухфазной мультисрезовой спиральной компьютерной томографии и МРТ показал преимущества методики Gd-EOB-DTPA (примовист) – усиления при МРТ как в выявлении очагов в печени диаметром менее 1 см, так и в вопросах дифференциальной диагностики [7]. Особый интерес при использовании примовиста также обусловлен его возможностью выделяться с желчью: именно это свойство позволяет выполнять динамическое изучение билиарного тракта [6]. Это свойство нивелирует один из основных недостатков МРТ билиарного тракта – недостаточную функциональность.

Поэтому внедрение в практику отечественной лучевой диагностики гепатоспецифического МРКС примовист, разработка методики исследования

и анализа полученных результатов, изучение свойств препарата (прежде всего его безопасности), а также расширение диагностического потенциала МРТ в исследовании печени и желчных путей за счет использования примовиста, уточнение лучевой семиотики заболеваний гепатобилиарной системы представляют собой актуальную клинико-лучевую проблему.

В процессе исследования подтвержден высокий профиль безопасности примовиста. В частности, ни у кого из пациентов аллергических реакций на его введение не возникло (в том числе в течение 3 суток после введения). Только у 3 больных (8,8%) было отмечено ощущение жжения в месте венопункции и у 2 (5,9%) – чувство быстропроходящего тепла в теле. При контрольном биохимическом анализе крови у 13 пациентов (38,2%) не выявлены значимые отклонения специфических показателей (общего билирубина, аминотрансфераз, гамма-глутамил-транспептидазы и щелочной фосфатазы, амилазы).

Большую сложность представляет собой лучевая оценка функционального состояния печени при таких диффузных заболеваниях, как хронический гепатит и цирроз печени. Использование примовиста в рекомендованных дозах способствует поиску новых количественных критериев оценки состояния печени, основанных на скорости возрастания интенсивности сигнала от паренхимы, времени контрастирования и выделения примовиста с желчью в протоки и двенадцатиперстную кишку. Кроме этого, постпроцессорный анализ позволяет также сравнить степень неоднородности сигнала от паренхимы, что отражает степень фиброза паренхимы.

К очевидным достоинствам использования примовиста, особенно актуальным в хирургической гепатологии, следует отнести хорошую визуализацию аорты и ее ветвей, портовоенозной системы, нижней полой вены (в неспецифическую фазу), а также возможность оценки почек (паренхимы и чашечно-лоханочной системы).

Таким образом, применение примовиста следует считать необходимым и зачастую достаточным при МРТ у пациентов с подозрением на опухоли печени первичного и вторичного генеза, при планировании лечения и динамическом наблюдении за этой категорией пациентов, при лучевом обследовании больных хроническим вирусным гепатитом и циррозом печени, а также пациентов, страдающих функциональными и органическими заболеваниями билиарного тракта.

Магнитно-резонансная ангиография (МРА) с внутривенным введением парамагнитных контрастных веществ является одним из наиболее перспективных методов малоинвазивной визуализации сосудов органов брюшной полости. Современные технические возможности МР-томографов обеспечивают высокое качество и диагностическую

точность метода, составляющую 85–95%. При этом наиболее изучены возможности МРА применительно к визуализации злокачественных новообразований.

МРА используется для исследования характера васкуляризации и взаимоотношения сосудов с выявленными очаговыми поражениями печени и поджелудочной железы. Учитывая особенности патогенеза неопухолевых заболеваний печени, наибольший интерес представляет изучение фазы венозной циркуляции контрастного вещества, позволяющей выявить изменения сосудов бассейна воротной вены. Оптимальной для этих целей является методика трехмерной контрастной магнитно-резонансной портографии.

Оценка состояния венозной системы у пациентов с портальной гипертензией, тромбозом воротной вены, опухолью печени, поджелудочной железы или желчевыводящих путей должна выполняться до начала планирования терапии. Традиционно для этих целей использовались артериальная портография, чрескожно-чреспеченочная портография и спленопортография. Контрастная МР-портография имеет свои преимущества перед этими инвазивными методами, зависящими от состояния гемодинамики. Использование цветной доплерографии при ультразвуковом исследовании является также неинвазивным и относительно недорогим [3]. Однако результаты такого исследования, приближаясь по качеству к результатам исследования сосудистого русла посредством МРТ, в значительной степени зависят от опыта оператора при нахождении и оценке необходимого интересующего ультразвукового окна. Использование СКТА в короткое время позволяет получить информацию о состоянии портальной венозной системы. Недостатками этого метода являются лучевая нагрузка и необходимость введения больших доз рентгеновских контрастных веществ.

Магнитно-резонансные ангиограммы, построенные с помощью алгоритма проекции максимальной интенсивности, как и при использовании томограмм во фронтальной проекции, обеспечивают получение детальной информации как о состоянии портальной венозной системы, так и о поражениях паренхимы. Диагностическая значимость метода при выявлении заболеваний венозной системы печени сравнима с возможностями традиционных ангиографических методик.

Бесконтрастная магнитно-резонансная холангиопанкреатикография (МРХПГ) особое клиническое значение приобрела при использовании высокопольных МР-томографов. Она основана на получении T2-тяжеловзвешенных изображений, на которых протоки имеют высокую интенсивность сигнала за счет наличия в них практически неподвижной жидкости (желчи и панкреатического секрета), а окружающие ткани (паренхима печени и поджелудочной железы, жировая ткань) имеют сигнал крайне низкой интенсивности.

Важными отличительными особенностями методик МРХПГ явилась их неинвазивность, а также возможность получения изображения неизмененных протоков в состоянии физиологического покоя.

МРТ-семиотика цирроза печени

Отличительной особенностью результатов морфологических исследований при циррозе печени является наличие нарушения дольковой цитоангиоархитектоники печени с формированием патологических узлов-регенератов у всех больных.

У больных циррозом печени выявляется увеличение размеров печени, более выраженное в левой доле. При этом по сравнению с пациентами контрольной группы вертикальные размеры и толщина печени, а также ее ширина при циррозе печени в среднем больше на 1,5 см.

Асцит различной степени выраженности визуализируется примерно у 66,7% больных циррозом печени. Спленомегалия верифицирована у 76,2% пациентов. Размеры печени, ее форма и характер контура зависят от стадии процесса: терминальная стадия заболевания характеризуется резким уменьшением не только правой, но и левой доли печени, а также неровным бугристым контуром.

Важным количественным критерием диагностики цирроза печени с помощью комплексной МРТ является интенсивность сигнала от паренхимы печени. Характер изменений ИС от печени при циррозе обусловлен ее морфологическими изменениями, в основном фиброзным перерождением.

Однако диагностировать цирроз в начальных стадиях, особенно при мелкоузловом его характере, удается зачастую не столько по диффузно-неоднородному характеру изменения интенсивности сигнала от печени, сколько по выявлению признаков портальной гипертензии и внепеченочных проявлений заболевания.

Результаты изучения диаметров некоторых вен брюшной полости у больных циррозом печени по данным МРТ представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, при циррозе печени отмечается достоверное увеличение диаметра как самой воротной вены ($p < 0,05$), так и особенно выходящая, более чем в 1,5 раза, расширение селезеночной и верхней брыжеечной вен ($p < 0,001$). Расширение вен брюшной полости за счет затруднения притока крови в печень при сдавлении портальных трактов, таким образом, является характерным проявлением цирроза печени по данным комплексной МРТ.

Отличительной особенностью больных циррозом печени служит не только расширение сосудов системы воротной вены, но и изменение интенсивности сигнала от них. Так, если в норме сигнал от этих вен отсутствует за счет тока крови, то при развитии цирроза возникает резкое замедление кровотока, что проявляется значительным возрастанием ИС, особенно от воротной вены. Феномен повышенной интенсивности сигнала от воротной вены, по данным МРТ, выявляется у 28,5% больных.

Другим внепеченочным проявлением цирроза печени, по данным МРТ, является формирование венозных коллатералей в брюшной полости, обеспечивающих так называемый сброс венозной крови минуя печень.

У больных циррозом печени размеры желчного пузыря достоверно не отличались от показателей в контрольной группе. Толщина стенки достигает $0,56 \pm 0,03$ см и достоверно превышает толщину стенки желчного пузыря в контрольной группе ($0,31 \pm 0,01$), при этом утолщение стенки было наиболее выражено в области шейки и на границе с телом. Диаметр пузырного протока также больше, чем в норме ($0,19 \pm 0,01$ и $0,16 \pm 0,01$ см соответственно) ($p < 0,05$).

Характерной особенностью при визуализации желчного пузыря в терминальной стадии цирроза печени является уменьшение размеров органа, неравномерное утолщение и деформация стенки, неоднородный характер желчи.

Результаты изучения состояния желчных протоков у больных циррозом печени по данным комплексной МРТ представлены в таблице 2.

Как следует из таблицы, у больных циррозом печени отмечается расширение сегментарных протоков по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Как известно, в раннем послеоперационном периоде после хирургической коррекции портальной гипертензии (наложения венозных шунтов) существуют определенные сложности для выполнения дигитальной субтракционной ангиографии, связанные с тяжестью состояния больных, а также использованием у них дезагрегантов. Для изучения состоятельности наложенных венозных шунтов показано выполнение комплексной МРТ.

Таблица 1

Сведения о диаметрах вен брюшной полости у больных циррозом печени, $X \pm m_x$

Вены брюшной полости	Диаметр, см	
	Цирроз печени	Контрольная группа
Воротная вена	$1,45 \pm 0,08^*$	$1,23 \pm 0,02$
Селезеночная вена	$0,92 \pm 0,04^{**}$	$0,68 \pm 0,02$
Верхняя брыжеечная вена	$1,24 \pm 0,05^{**}$	$0,87 \pm 0,03$

Примечание: * -- $p < 0,01$, ** -- $p < 0,001$ при сравнении двух групп

Таблица 2

Сведения о диаметрах желчных протоков в группе больных циррозом печени (ЦП), $X \pm m_x$, см

Наименование протоков печени	Диаметр, см	
	Цирроз печени	Контрольная группа
Сегментарные протоки левой доли печени	0,14 ± 0,01*	0,11 ± 0,003
Сегментарные протоки правой доли печени	0,15 ± 0,02*	0,11 ± 0,004
Левый печеночный проток	0,26 ± 0,01	0,22 ± 0,01
Правый печеночный проток	0,3 ± 0,03***	0,21 ± 0,01
Общий печеночный проток, проксимальный отдел	0,35 ± 0,03*	0,26 ± 0,02
Общий печеночный проток, дистальный отдел	0,43 ± 0,03**	0,33 ± 0,02

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$, при сравнении двух групп

Таким образом, наиболее характерными МР-симптомами цирроза печени являются:

- изменение интенсивности сигнала от паренхимы печени диффузно-неоднородного характера на T1- и T2-ВИ;
- увеличение линейных размеров печени преимущественно за счет левой доли;
- неровный контур печени;
- расширение воротной, селезеночной и верхней брыжеечной вен;
- наличие венозных коллатералей;
- утолщение стенки желчного пузыря;
- расширение долевых желчных протоков, больше правого, и общего печеночного протоков на фоне фиброза;
- наличие свободной жидкости в брюшной полости;
- выраженная спленомегалия.

Математико-статистический анализ результатов исследования показывает, что комплексная высокопольная МРТ в диагностике цирроза печени обладает чувствительностью, равной 90,5% и специфичностью – 100%.

Таким образом, МРТ является современным высокоинформативным методом диагностики цирроза печени и портальной гипертензии, позволяет оценить прогноз течения заболевания и дать ценную информацию хирургам при планировании оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е., Кашенко В. А. «Хирургический ангиогенез» при портальной гипертензии и онкологических заболеваниях // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9, № 1. – С. 25.
2. Клинико-патогенетические аспекты сочетанных гепатитов В и С / К. В. Жданов, Д. А. Гусев, В. С. Чирский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 5. – С. 19.
3. Оценка эффективности доплерографии у больных диффузными заболеваниями печени с синдромом портальной гипертензии / А. Е. Борисов, В. А. Кашенко, Е. Л. Васюкова [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2002. – Т. 161, № 2. – С. 26.
4. Ратников В. А. Примовист: необходимо и достаточно // Медицинская визуализация. – 2008. – Спец. вып. – С. 235.
5. Эндоскопическая склеротерапия и лигирование варикозно расширенных вен пищевода и кардии / А. Е. Борисов, В. А. Кашенко, Е. Л. Васюкова [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 8. – С. 36.
6. Contrast-enhanced magnetic resonance cholangiography with Gd-BOPTA and Gd-EOB-DTPA in healthy subjects / N. Dahlström, A. Persson, N. Albiin [et al.] // Acta Radiol. – 2007. – Vol. 48. – P. 362–368.
7. Diagnostic efficacy of gadoxetic acid (Primovist)-enhanced MRI and spiral CT for a therapeutic strategy: comparison with intraoperative and histopathologic findings in focal liver lesions / R. Hammerstingl, A. Huppertz, J. Breuer [et al.] // Eur. Radiol. – 2008. – Vol. 18. – P. 457–467.
8. Diagnostic performance and description of morphological features of focal nodular hyperplasia in Gd-EOB-DTPA-enhanced liver magnetic resonance imaging: results of a multicenter trial / C. J. Zech, L. Grazioli, J. Breuer [et al.] // Invest. Radiol. – 2008. – Vol. 43. – P. 504–511.
9. Focal nodular hyperplasia: typical and atypical MRI findings with emphasis on the use of contrast media / D. Marin, G. Brancatelli, M. P. Federle [et al.] // Clin. Radiol. – 2008. – Vol. 63. – P. 577–585.
10. Imaging characteristics of hepatocellular carcinoma using the hepatobiliary contrast agent Gd-EOB-DTPA / G. Jung, J. Breuer, L. W. Poll [et al.] // Acta Radiol. – 2006. – Vol. 1. – P. 15–23.
11. Morana G., Salvato E., Guarise A. Contrast agents for hepatic MRI // Cancer Imaging. – 2007. – Vol. 7. – Spec. No. A. S. – P. 24–27.
12. Planning transarterial radioembolization of colorectal liver metastases with Yttrium 90 microspheres: evaluation of a sequential diagnostic approach using radiologic and nuclear medicine imaging techniques / T. Denecke, R. Rühl, B. Hildebrandt [et al.] // Eur. Radiol. – 2008. – Vol. 18. – P. 892–902.
13. Safety of MR liver specific contrast media / M. F. Bellin, J. Webb, A. Van DerMolen [et al.] // Eur. Radiol. – 2005. – Vol. 15. – P. 1607–1614.

УДК 616.342-002.44

ПАРАМЕТРЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

²Т. Л. Горшенин, ¹К. Н. Мовчан, ³О. Ю. Мамичева, ⁴И. С. Смигельский, ⁵К. И. Русакевич, ⁴М. В. Сомов
¹СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»

²СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

³ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ
⁴ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»

⁵ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ

²T. L. Gorshenin, ¹K. N. Movchan, ³O. Yu. Mamicheva, ⁴I. S. Smigel'ski, ⁵K. I. Rusakevich, ⁴M. V. Somov
PARAMETERS OF HEALTH CARE IN THE VERSATILE HOSPITAL IN PATIENTS WITH ADVANCED AND SENILE AGE WITH THE ULCER OF THE DUODENUM COMPLICATED BY BLEEDING

¹Medical Information and Analysis Center

²Hospital For Veterans of Wars

³Mechnikov Northwest State Medical University

⁴Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency

⁵Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

РЕФЕРАТ. Изучены особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), осложненной кровотечением, у 337 больных старших возрастных групп. Выявлены основные причины неудовлетворительных результатов лечения кровоточащей ЯДПК у людей пожилого и старческого возраста. Проанализированы технологические возможности улучшения результатов лечения дуоденальной язвы у больных данной возрастной категории. Определена роль специалистов многопрофильного геронтологического стационара в диспансерном наблюдении и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с дуоденальной язвой.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, геронтологические особенности течения язвенной болезни.

SUMMARY. Features of a clinical course of ulcer of a duodenum complicated by bleeding were studied; 337 of patients were from the senior age group. The main reasons for unsatisfactory results of treatment of the bleeding at people of advanced and senile age were established. Technological capabilities of improvement of results of treatment of a duodenal ulcer at patients of this age category are analysed. The role of experts of a versatile gerontological hospital in dispensary supervision and rehabilitation of patients of advanced and senile age with a duodenal ulcer is defined.

KEY WORDS: duodenal ulcer, gerontological features of the course of peptic ulcer.

Введение

Задачи по улучшению результатов оказания медицинской помощи (МП) больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки продолжают оставаться во многом нерешенными, так как показатели обращения населения в медицинские организации (МО) в связи с этим заболеванием продолжают оставаться высокими [1, 6]. Использование современных схем противоязвенной терапии позволило несколько снизить риск развития осложненных форм хронической ЯБ ДПК и в связи с этим сократить частоту выполнения хирургических операций [4]. Целенаправленная многокомпонентная терапия ЯБ по современным воззрениям осуществляется продолжительно, что

сопряжено со значительными финансовыми издержками лечения [5, 7]. Используя хирургические технологии при устранении осложнений дуоденальной язвы, оказывается возможным достигать стойкой ремиссии ЯБ у большинства пациентов с очевидным сокращением затрат на поддерживающую терапию [2, 4]. Однако хирургическое лечение больных ЯБ ДПК сопровождается и риском развития операционных осложнений, и послеоперационных расстройств, связанных непосредственно с выполнением операции. После операции не исключается и рецидив заболевания [3].

Спорные вопросы и нерешенные задачи выбора современных технологий хирургического лечения

больных кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки (ЯДПК) продолжают обсуждаться на научно-практических форумах. С учетом высокой заболеваемости населения дуоденальной язвой и существенного отрицательного влияния данного заболевания на активность пациентов в течение их жизни, особенно у людей старших возрастных групп, определение путей улучшения результатов лечения этой категории больных остается насущной необходимостью. Поэтому поиск возможностей рационализации оказания МП больным пожилого и старческого

возраста в случаях осложнений ЯДПК представляет особый интерес для специалистов практического здравоохранения и медицинской науки.

Материалы и методы исследования

Проанализированы данные о 337 пациентах с ЯДПК, госпитализированных в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (ГВВ) с 2007 по 2014 год. Возраст всех больных превышал 60 лет. В ГВВ за исследуемый период ежегодно проходили лечение 40–60 таких пациентов. Преобладали женщины (59,7%) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных ЯДПК, прошедших лечение с 2007 по 2014 год в ГВВ с учетом пола и возраста

Годы наблюдений	Число (%) больных в возрасте (лет)						Всего
	от 60 до 75		от 76 до 90		старше 90		
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	
2007	4	2	18	20	1	1	46
2008	5	4	11	20	1	1	42
2009	5	4	11	29	-	2	51
2010	4	6	18	16	2	-	46
2011	7	2	18	31	-	2	60
2012	10	6	9	27	-	-	52
2013	2	4	9	22	1	2	40
Всего	37 (10,9)	28 (8,3)	94 (27,9)	165 (48,9)	5 (1,5)	8 (2,5)	337 (100)

В основной контингент пациентов включены люди старческого возраста – 259 человек (76,8%). Средний возраст пациентов составил $80,9 \pm 3,3$ года. Самому старшему из больных ЯДПК исполнилось 95 лет. Пациенты поступали в ГВВ как в плановом, так и в экстренном порядке. Им выполнялся комплекс стандартного обследования, который (по показаниям) расширялся.

В основном (89,6%) пациентам медицинскую помощь оказывали специалисты профильных от-

делений ГВВ – хирургического и гастроэнтерологического.

В условиях терапевтического и неврологического отделений по поводу ЯДПК лечение осуществлялось 35 пациентам (10,4%). У этих больных язвенная болезнь носила осложненный характер. При развитии осложнений в большинстве случаев пациенты переводились либо на хирургическое отделение, либо в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Таблица 2

Распределение пациентов с ЯБ ДПК в подразделениях ГВВ

Годы наблюдений	Число (%) пациентов, прошедших лечение в отделениях				Всего
	общей хирургии	гастроэнтерологическом	терапевтическом	неврологическом	
2007	18	18	6	4	46
2008	12	28	1	1	42
2009	27	22	1	1	51
2010	20	24	2	-	46
2011	30	24	1	5	60
2012	27	20	4	1	52
2013	15	17	4	4	40
Всего	149 (44,2)	153 (45,4)	19 (5,6)	16 (4,8)	337

Результаты и их обсуждение

У 109 (30,2%) среди 337 пациентов констатированы случаи впервые выявленной язвенной болезни – так называемой «старческой» язвы. Это несколько не согласуется с данными других исследователей, отмечающих факты длительного наблюдения людей пожилого возраста по поводу ЯДПК. В 44,5%

случаев у больных длительность заболевания превышала 10 лет (табл. 3).

Чаще всего верифицировались одиночные активные язвы на передней стенке луковицы ДПК (табл. 4).

В 19 наблюдениях были выявлены субциркулярные дуоденальные язвы.

Таблица 3

Распределение больных ЯДПК с учетом длительности язвенного анамнеза

Годы наблюдений	Число (%) случаев язвенной болезни, наблюдаемой												Всего
	впервые		менее 5 лет		от 5 до 10 лет		от 11 до 20 лет		от 21 года до 30 лет		более 30 лет		
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
2007	8	12	0	1	2	1	4	3	6	3	3	3	46
2008	4	7	8	6	1	2	2	3	1	1	4	3	42
2009	2	15	3	4	1	5	3	3	4	5	3	3	51
2010	4	7	3	3	4	5	2	5	5	2	3	3	46
2011	3	12	4	5	3	5	7	4	3	6	4	4	60
2012	7	13	2	3	1	1	3	3	3	4	4	8	52
2013	5	10	0	3	1	1	1	3	3	2	2	9	40
Всего	33 (9,7)	76 (22,5)	20 (5,9)	25 (7,4)	13 (3,9)	20 (5,9)	22 (6,6)	24 (7,1)	25 (7,4)	23 (6,8)	23 (6,8)	33 (9,8)	337 (100)

Примечание: М – мужчины, Ж – женщины

Таблица 4

Распределение больных ЯДПК с учетом локализации и распространения язвенного процесса

Годы наблюдений	Число случаев при локализации язвенных дефектов в ДПК								Всего
	в луковице на						в залуковичных отделах	локализация не указана	
	передней стенке	задней стенке	«большой кривизне»	«малой кривизне»	«зеркальные»	субциркулярные			
2007	18	10	4	3	2	1	2	8	46
2008	16	8	2	3	-	2	1	9	42
2009	22	12	1	2	1	4	1	7	51
2010	21	14	3	3	-	2	-	6	46
2011	23	15	4	6	1	3	3	6	60
2012	19	10	6	5	1	4	1	6	52
2013	18	11	3	2	4	3	-	3	40
Всего	135	80	23	24	9	19	8	45	346*

Примечание: * случаи «зеркальных» (множественных) язв

Таблица 5

Распределение больных ЯДПК с учетом размера язвенного дефекта

Годы наблюдений	Число случаев ЯБ при размерах язвенных дефектов							Всего
	<0,5 см	0,6–1,0 см	1,1–1,5 см	1,62–2,0 см	>2,1 см	размер не указан	рубцово-язвенные изменения	
2007	10	14	6	3	2	8	5	48
2008	6	11	3	3	3	9	7	42
2009	12	13	5	4	7	7	4	52
2010	13	11	8	4	2	6	3	47
2011	18	18	10	3	5	6	1	61
2012	9	18	6	5	6	6	3	52
2013	10	16	6	5	3	3	-	44
Всего	79	101	44	27	28	45	22	346*

Примечание: * с учетом случаев «зеркальных» (множественных) язв

Из данных таблицы 5 следует, что преобладали язвы небольшого и среднего диаметров (22,8% и 29,1% соответственно).

У 28 пациентов (8%) размер язв превышал 2 см, что позволило относить их к так называемым гигантским язвам. В 45 случаях (13%) установить точный

размер язв оказался затруднительным по разным причинам: отказ пациентов от проведения эндоскопического исследования; невозможность его осуществления из-за тяжести состояния больных; перфорация язвы (в протоколах операции указаны данные только о размерах перфорационного отверстия); рубцово-язвенный стеноз луковицы ДПК,

когда четко оценить размер язвенного дефекта невозможно из-за ограниченности движения эндоскопа в деформированной и стенозированной зоне; летальные исходы ЯБ, когда при аутопсии не указывались размеры язвенных дефектов.

У всех пациентов выявлена сопутствующая патология (табл. 6).

Таблица 6

Распределение больных ЯДПК с учетом характера и частоты сопутствующей патологии

Патология систем	Число наблюдений при возрасте больных (лет)						Всего
	от 60 до 75		от 76 до 90		свыше 90		
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
<i>Сердечно-сосудистой</i>							
ишемическая болезнь сердца	32	26	94	165	5	8	330
острый инфаркт миокарда	1	1	5	7	-	-	14
постинфарктный кардиосклероз	4	4	12	21	2	4	47
гипертоническая болезнь	29	25	90	159	5	8	316
аритмии	3	4	12	28	3	3	53
облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	5	3	10	10	1	-	29
<i>Дыхательной</i>							
хроническая обструктивная болезнь легких	8	1	21	23	1	2	46
бронхиальная астма	1	2	3	4	-	-	10
<i>Нервной</i>							
острое нарушение мозгового кровообращения	2	-	7	18	-	-	27
дисциркуляторная энцефалопатия	30	25	92	165	5	8	327
цереброваскулярная болезнь	30	25	94	165	5	8	329
паркинсонизм	2	2	7	10	1	1	23
дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника	5	4	14	23	5	8	59
<i>Пищеварительной</i>							
грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	4	4	22	35	5	5	75
хронический панкреатит	10	10	32	43	4	6	105
гепатит	2	4	3	6	-	-	15
желчнокаменная болезнь	3	6	16	25	1	1	42
колит	4	4	9	20	3	5	4
язвенная болезнь желудка	-	2	3	4	-	-	9
цирроз	-	2	-	-	-	-	2
дивертикулез	2	2	3	8	-	-	15
<i>Мочевыделительной</i>							
мочекаменная болезнь	5	4	10	18	-	-	27
хронический пиелонефрит	30	24	84	157	5	8	308
аденома предстательной железы	30	-	78	-	5	-	113
хроническая почечная недостаточность	-	-	2	5	-	-	7
<i>Эндокринной</i>							
сахарный диабет I типа	-	1	3	4	-	-	8
сахарный диабет II типа	5	2	12	21	-	2	42
тиреотоксикоз	1	-	1	2	-	-	4

Наиболее часто отмечались заболевания сердечно-сосудистой (98%), неврологической (97,6%) и мочевыделительной систем. В среднем на одного пациента приходилось до 6 нозологических форм сопутствующей патологии.

В 85,3% случаев пациенты с ЯДПК по причине сопутствующей патологии вынуждены были принимать нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (табл. 7).

Таблица 7

Распределение больных ЯДПК с учетом приема НПВС и антикоагулянтов

Годы наблюдений	Число наблюдений приема препаратов группы								Всего
	НПВС				антикоагулянтов				
	не принимали	нерегулярно	регулярно	в ГВВ (без ИПП)	в ГВВ (с ИПП)	не принимались	бесконтрольно	при контроле коагулограммы	
2007	9	26	2	5	4	46	-	-	137
2008	9	18	6	2	7	40	1	1	84
2009	8	28	9	1	5	49	1	1	102
2010	5	24	10	2	5	41	5	-	110
2011	8	30	16	2	4	57	1	2	120
2012	6	24	15	3	4	46	6	-	104
2013	4	16	17	2	1	33	6	1	80
Итого	49	166	75	17	30	312	20	5	737

Почти в каждом втором наблюдении (49,2%) пациенты принимали НПВС нерегулярно. Как правило, при этом пользовались НПВС ЦОГ-1 (диклофенак, вольтарен). В 17 случаях пациенты получали НПВС, находясь на лечении в ГВВ без назначения им ингибиторов протонной помпы (ИПП). У всех этих больных необходимость назначения ИПП обуславливалась

осложнениями ЯБ (кровотечения, перфорация), что обнаруживалось непосредственно в ГВВ. Прямые и непрямые антикоагулянты больные ЯДПК использовали нечасто (7,41%). Однако все случаи кровотечения из дуоденальной язвы, возникающие на фоне приема пациентами антикоагулянтов, сопровождались тяжелой кровопотерей.

Таблица 8

Распределение больных ЯДПК с учетом осложнений язвенной болезни

Годы наблюдений	Число случаев язвы, осложненной									Всего
	перфорацией	стенозопилородуоденальной зоны (ПДЗ)	кровотечением	сочетанием						
				кровотечения и стеноза	кровотечения и перфорации	кровотечения и пентрации	перфорации и пентрации	перфорации и стеноза ПДЗ	трех и более осложнений	
2007	3	1	6	1	3	5	1	1	1	22
2008	3	1	3	-	-	1	-	-	-	8
2009	3	1	9	3	-	2	-	-	1	19
2010	3	5	4	-	-	2	1	-	2	17
2011	2	1	15	-	-	7	-	-	2	27
2012	1	4	15	-	-	3	-	-	2	25
2013	3	2	8	-	-	4	-	-	2	19
Всего	18	15	60	4	3	24	2	1	10	137

Таблица 9

Распределение больных ЯДПК с учетом возраста пациентов и тяжести кровопотери

Годы наблюдений	Число наблюдений (умерли) кровоточащей ЯДПК при возрасте пациентов																		Всего
	60–75 лет при степени						76–90 лет при степени						>90 лет при степени						
	легкой		средней		тяжелой		легкой		средней		тяжелой		легкой		средней		тяжелой		
	вс	ум	вс	ум	вс	ум	вс	ум	вс	ум	вс	ум	вс	ум	вс	ум	вс	ум	
2007	-	-	-	-	2	2	3	2	4	1	8	4	-	-	-	-	1	1	18 (10)
2008	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	4 (1)
2009	1	-	1	-	-	-	3	-	5	1	3	1	-	-	-	-	2	-	15 (2)
2010	1	-	-	-	1	1	1	-	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	6 (2)
2011	-	-	2	-	-	-	4	-	6	1	10	8	1	-	-	-	-	-	23 (9)
2012	1	-	3	-	-	-	5	-	4	-	7	5	-	-	-	-	-	-	20 (5)
2013	1	-	-	-	3	-	2	-	-	-	4	1	-	-	-	-	1	-	11 (1)
Всего	5	-	6	-	6	3	20	2	20	3	35	21	1	-	-	-	4	1	97 (30)

В 137 случаях (40,65%) из 337 у пациентов язвенная болезнь оказывалась осложненной (табл. 8).

Чаще всего (97 пациентов) ЯБ ДПК осложнялась кровотечением, которое нередко сочеталось с другими осложнениями заболевания. В 44 случаях отмечено сочетание осложнений (32,11%). В 18 (5,3%) случаях пациенты проходили лечение в связи с

перфорацией дуоденальной язвы. Язвенная болезнь ДПК осложнилась стенозом пилоро-дуоденальной зоны у 15 больных (4,45%).

Из данных таблицы 9 следует, что кровопотери легкой степени констатирована у 26 пациентов (26,8%), средней степени тяжести – также у 26 пациентов (26,8%) и тяжелая – у 45 пациентов (46,4%).

Таблица 10

Распределение больных ЯДПК с учетом критериев Forrest (F)

Годы наблюдений	Число наблюдений кровоточащей язвы ДПК с учетом Forrest						Всего
	F-IA	F-IB	F-IIA	F-IIВ	F-IIC	F-III	
2007	-	5	1	2	2	3	13
2008	-	-	1	1	-	1	3
2009	-	3	1	3	4	2	13
2010	-	2	-	1	1	2	6
2011	1	1	2	9	-	10	23
2012	1	6	3	4	2	1	17
2013	-	5	1	2	5	3	16
Итого	2	22	9	22	14	22	91

Таблица 11

Распределение больных кровоточащей ЯДПК с учетом технологий достижения гемостаза

Годы наблюдений	Число наблюдений достижения эндогемостаза путем								Всего
	инъекций	орошения	аргоноплазменной коагуляции (АПК)	диатермокоагуляции	клипирования	комбинации инъекций с			
						орошением	АПК	клипированием	
2007	5	-	1	-	-	-	-	-	6
2008	-	1	-	-	-	-	-	-	1
2009	3	-	1	-	-	1	-	-	5
2010	-	-	2	-	-	-	1	-	3
2011	6	-	2	-	-	-	-	-	8
2012	4	-	3	-	1	-	-	1	9
2013	1	-	1	-	2	-	3	-	7
Итого	19	1	10	-	3	1	4	1	39

На фоне кровопотери легкой степени тяжести из язвы умерли 2 пациента (7,69%). Оба пациента пребывали в старческом возрасте. Их непосредственной причиной смерти оказалась декомпенсация сердечно-сосудистой патологии. При кровопотери средней степени тяжести умерли 3 пациента (11,5%). В случаях кровопотери тяжелой степени тяжести умерли 25 пациентов (55,5%), в основном это люди, возраст которых превышал 75 лет.

При верификации кровотечения из ЯДПК продолжающимся оно констатировано у 24 пациентов – (26,37%) (табл. 10).

В 31 случае (34%) выявлено состоявшееся кровотечение с признаками неустойчивого гемостаза. У 36 (39,56%) больных были констатированы признаки состоявшего кровотечения с признаками

устойчивого гемостаза и низким риском рецидива кровотечения.

Из данных таблицы 11 следует, что всего эндогемостаз применялся в 39 случаях (кровотечение F-IA – F-IIВ отмечено у 55 пациентов, то есть в 70,9% случаев). Наиболее часто выполнялся инъекционно – 19 (48,7%) и посредством аргоноплазменной коагуляции – 10 (25,6%). Комбинированный гемостаз использовался лишь в 6 случаях (что несколько не соответствует данным других исследователей и объясняется только предпочтениями врачей-эндоскопистов при выборе метода эндогемостаза).

Эндогемостаз не выполнялся в ряде случаев при продолжающемся артериальном кровотечении при отсутствии возможности клипирования

Таблица 12

Распределение больных кровоточащей ЯДПК с учетом видов перенесенных хирургических вмешательств

Годы наблюдений	Число случаев (умерли) осуществления				Всего
	прошивания язвы с дуоденопластикой		резекции желудка		
	всего	умерло	всего	умерло	
2007	1	(1)	-	-	1 (1)
2008	-	-	-	-	-
2009	1	-	1	-	2 (-)
2010	-	-	1	1	1 (1)
2011	4	(3)	2	(2)	6 (5)
2012	2	(1)	3	-	5 (1)
2013	-	-	1	(1)	1 (1)
Итого	8	(5)	8	(4)	16 (9)

(в ГВВ эта методика используется только с 2012 года); при эндоскопической картине состоявшегося кровотечения F-IIВ (в ночное время попытка эндоскопического гемостаза проводилась не всегда).

Из 97 случаев кровоточащей язвы ДПК в 16 случаях пациенты оперированы (17,58%). Частота случаев послеоперационной летальности составила 56,25% (табл. 12).

Резекция желудка выполнена 8 пациентам (50%), из которых умерло 4. В 8 случаях проведена дуоденопластика с прошиванием язвы. После этой операции умерли 5 пациентов.

Изучение возрастных особенностей клинической картины язвы двенадцатиперстной кишки, проведенное на основании данных о больных пожилого возраста, госпитализированных в многопрофильный специализированный стационар, показывает, что заболевание у данной группы пациентов, несмотря на атипичность клинической картины и даже при короткой продолжительности болезни, носит хронический характер.

Проявления кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста характеризуется стертой. Особенности течения кровоточащей ЯДПК и ее клинических проявлений в пожилом возрасте должны рассматриваться применительно к возможностям использования у больных данной группы современных технологий достижения гемостаза. Очевидно, что с организационных позиций высокая частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных пожилого возраста при кровотечении из ЯДПК обуславливается преимущественным использованием резекционных методов проведения операции. Внедрение в практику органосохраняющих оперативных технологий, влияющих на патогенные механизмы язвообразования, позволяет реализовать опыт ведущих клинических центров в плане повышения эффективности хирургического лечения пациентов пожилого возраста,

у которых ЯБ ДПК осложнилась кровотечением. Неоспоримы также и преимущества использования современных внутрисветовых эндоскопических технологий местного воздействия на язвенный процесс в сочетании с комплексной медикаментозной терапией.

Выводы

1. Клинически осложнение язвы двенадцатиперстной кишки кровотечением у больных пожилого возраста характеризуется скрытым течением и атипичными проявлениями, что может оказаться причиной ошибок диагностики.

2. Консервативные и хирургические методы лечения пожилых больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, следует рассматривать как взаимодополняющие, а не взаимоисключающие. По этой причине значимость хирургической составляющей в комплексном лечении больных пожилого возраста при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, сохраняется.

3. Результаты лечения больных при кровоточащей дуоденальной язве с использованием органосохраняющих операций в пожилом возрасте значительно лучше, чем у пациентов молодого возраста. Поэтому широкое использование миниинвазивных методов лечения пациентов старших возрастных групп при кровотечении из дуоденальной язвы себя оправдывает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялов С. С. Гастроэнтерология. Практическое руководство. – М.: МЕДпрессинформ, 2012. – 192с.
2. Дудченко М. А. Болезнь оперированного желудка или постгастрорезекционный синдром, их лечение // Мир медицины и биологии. – 2013. – № 8. – С. 83–86.
3. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений / В. П. Сажин, В. М. Савельев, И. В. Сажин [и др.] // Хирургия. – 2013. – № 7. – С. 20–23.
4. Лечение язвенных кровотечений и профилактика их рецидивов: взгляд терапевта / И. В. Маев, А. И. Гончаренко, Д. Т. Дичева, Д. Н. [и др.] // Медицинский совет. – 2013. – № 10. – С. 22–26.
5. Особенности консервативной терапии пациентов с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки / В. А. Ступин, С. В. Силуянов, В. В. Афанасьев [и др.] // Фарматека. – 2011. – Т. 2. – С. 58–63.
6. Скворцов В. В., Одинцов В. В. Актуальные вопросы диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Медицинский алфавит. Больница. – 2010. – № 4. – С. 13–17.
7. Management of Helicobacter pylory infections – the MaastrichtIV. Florence Consensus Report / P. Malfertheiner, F. Megraud, С.А. Omorain [et. al.] // Gut. – 2012. – Vol. 61, N 5. – P. 646–664.

УДК 616.344-002-031.84-072.1

ВОЗМОЖНОСТИ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

*Н. Н. Лебедева, А. С. Климов, Е. Г. Бескровный, А. И. Федоров, Р. И. Лукичев
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»*

N. N. Lebedeva, A. S. Klimov, E. G. Beskrovniy, A. I. Fedorov, R. I. Lukichev
THE POSSIBILITIES OF CAPSULE ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF
CROHN'S DISEASE. REVIEW OF THE LITERATURE

Saint Petersburg State University

РЕФЕРАТ. Представлен анализ клинических данных и наблюдений отечественных и зарубежных научных материалов по теме: возможности капсульной эндоскопии в диагностической визуализации патологии слизистой тонкой кишки при болезни Крона.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: капсульная эндоскопия, болезнь Крона, заболевания тонкой кишки.

Диагностика заболеваний тонкой кишки весьма сложна, и вся проблема заключается в том, что данная область желудочно-кишечного тракта труднодоступна для визуализации имеющимся в арсенале методам диагностики, а клиническая картина не всегда соответствует тем процессам, которые там протекают. Не выявленная вовремя патология в дальнейшем приводит к серьезным осложнениям, длительной, а порой и уже малоэффективной терапии. К сожалению, такое забо-

SUMMARY. Presents an analysis of the clinical data and observations of domestic and foreign scientific papers on the subject: the possibility of capsule endoscopy in the diagnostic imaging pathology mucosa of the small intestine in Crohn's disease.

KEY WORDS: capsularic endoscopy, Crohn's disease, diseases of the small intestine.

левание, как болезнь Крона, представляет собой большие сложности для точной и своевременной верификации диагноза. Болезнь Крона – это тот патологический процесс, который не имеет яркой однозначной клинической симптоматики и поражает людей молодого и трудоспособного возраста, что в совокупности со сложностью диагностики в области тонкой кишки отдалает сроки начала специфической терапии и приводит к серьезным хирургическим осложнениям.

Ранее в течение длительного времени единственным возможным методом визуализации тонкой кишки являлось рентгенографическое исследование с барием, но этот метод, к сожалению, не позволял увидеть и оценить состояние слизистой оболочки тонкой кишки, что является наиболее важным диагностическим и прогностическим критерием при болезни Крона.

Капсульная эндоскопия – это современный метод эндоскопической диагностики заболеваний тонкой кишки. Этот новый диагностический метод был результатом активного технического и научного взаимодействия J. Gavriel, G. Iddan и P. Swain, которые начали разработку капсулы и всей системы в 1988 году. В октябре 1999 года P. Swain впервые провел испытание эндоскопической видеокапсулы на себе [11].

В России капсульная эндоскопия появилась в 2002 году и сразу нашла свое место в диагностической практике. Капсула представляет собой миниатюрный прибор, состоящий из корпуса с оптическим окном, линзы, объектива, 6 светодиодов, матрицы, аккумулятора и трансмиттера [2]. В настоящее время уже несколько фирм производят и выпускают на рынок эндоскопические капсулы. Это японская фирма Olympus, израильская компания Given Imaging, южнокорейская компания IntroMedic и китайская компания Jinshan Science&Technology. В России эндоскопические капсулы разработаны в Технологическом институте Национального исследовательского ядерного университета МИФИ, и выход их на рынок планируется в 2015 году. В 2000 году G. Iddan и соавт. [14], в журнале Nature опубликовали статью, которая рассказывала о совершенно новом методе исследования желудочно-кишечного тракта – капсульной эндоскопии, в ней описывались основные технические принципы и возможности капсульной эндоскопии для визуализации «глубоких» отделов пищеварительного тракта. В том же 2000 году в журнале Gastrointestinal Endoscopy была опубликована статья Wireless endoscopy, написанная F. Gong и соавт. [8], которая характеризовала медицинские аспекты данной разработки.

При внедрении капсульной эндоскопии ей отводилась главная роль в диагностике скрытых гастроинтестинальных кровотечений. По мнению G. Costamagna и соавт. [4], у 5% пациентов с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением его источники, которые локализуются в тонкой кишке, остаются не диагностированными при гастро- и колоноскопии. По данным S. Liangpunsakul и соавт. [13], заболевания тонкой кишки оказались причиной скрытого гастроинтестинального кровотечения в 45–70% наблюдений.

Заболеваемость болезнью Крона повысилась с 25,53 случая на 100 тыс. населения в 1987 году до 65,11 на 100 тыс. в 1997, а в 2007 достигла 112,99 на 100 тыс. населения. В России болезнь Крона

остается редким заболеванием. Согласно данным Е. А. Белоусовой (МОНИКИ), изучавшей заболеваемость колитами в Московской области, частота болезни Крона составила 1,45 на 100 тыс. населения. Сложилось так, что методами первичной диагностики болезни Крона остаются рентгенологическое исследование с пассажем бария по тонкой кишке и высокая бариевая клизма.

Проведен сравнительный анализ возможностей диагностических ценностей капсульной эндоскопии и рентгенологических методов исследования тонкой кишки у пациентов с подозрением на болезнь Крона. Многими авторами отмечено значительное преимущество эндоскопии в сравнении с другими методами диагностики. Так, по данным R. Eliakim и соавт. [15], диагностическая ценность капсульной эндоскопии составила 43,71%, в то время как ценность рентгенологических методов составила менее 30%.

Также капсульная эндоскопия способствовала диагностике болезни Крона у 6–9% пациентов со скрытым гастроинтестинальным кровотечением. Видеокапсульная интестиноскопия позволила выявить болезнь Крона у 50% пациентов с колитом неясной этиологии [1, 2, 6]. Z. Fireman и соавт. [7] тоже говорят о том, что капсульная эндоскопия является эффективным методом в диагностике болезни Крона и других воспалительных заболеваний тонкой кишки.

Однако только в 80% наблюдений идентифицируются поражения у пациентов с установленным диагнозом. При сравнительном анализе диагностической ценности капсульной эндоскопии и серологических реакций в данном исследовании эндоскопия оказалась более чувствительной.

D. Hudesman и соавт. пишут о том, что капсульная эндоскопия – это один из методов, который помогает в диагностике болезни Крона в педиатрической практике, так как метод является неинвазивным, и сама процедура хорошо переносится пациентами [7]. U. Kopylov, E. G. Seidman считают, что капсульная эндоскопия является ценным диагностическим инструментом для мониторинга активности заболевания с уже установленным диагнозом – «болезнь Крона», а также оценки состояния кишки при развитии рецидива в послеоперационном периоде [12].

По данным B. Hall, G. Holleran, D. McNamara, относительная простота выполнения данного метода диагностики делает доступным возможность ее проведения в амбулаторных условиях [9].

Как и любой диагностический метод, капсульная эндоскопия не лишена недостатков. Главным недостатком этого метода является отсутствие возможности взятия материала на гистологическое исследование для верификации патологического процесса. Кроме того, капсульная эндоскопия не может установить точную локализацию патологического процесса в тонкой кишке.

Главным возможным осложнением при проведении этого исследования является обтурация просвета тонкой кишки при наличии в ней значимой стриктуры с развитием острой кишечной непроходимости. В более редких случаях в литературе описаны следующие осложнения: аспирация видеокapsулой и задержка капсулы в дивертикуле [15]. По данным Ю. Г. Кузенко, при проведении 150 капсульных эндоскопий задержки капсулы ни в одном случае отмечено не было [2].

Резюмируя вышеизложенный материал, можно сделать следующие выводы: капсульная эндоскопия – современный неинвазивный метод диагностики патологических процессов в тонкой кишке. Основным его преимуществом является видеовизуализация слизистой оболочки тонкой

кишки, которая позволяет определить такие изменения, как атрофия ворсинок слизистой, наличие язв и эрозий, новообразований и источников кровотечений. Главным недостатком капсульной эндоскопии является отсутствие возможности взятия биоптатов для гистологического исследования, а также осложнения в виде обтурационной кишечной непроходимости, аспирации капсулой и задержка капсулы в дивертикуле. Основные возможности капсульной эндоскопии позволяют использовать ее для диагностики болезни Крона и оценки эффективности проводимого лечения, а также оценки состояния кишки при развитии рецидива в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Видеокапсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки / Я. А. Накатис, А. Е. Борисов, В. А. Кащенко [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2008. – Т. 167, № 6. – С. 34–39.
2. Кащенко В. А., Распереза Д. В., Акимов В. П. Видеокапсульная эндоскопия в диагностике желудочно-кишечных кровотечений // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21, № 1. – С. 64–69.
3. Кузенко Ю. Г. Современные методы энтероскопии: от контрастной энтерографии до видеокapsульной и спиральной энтероскопии // Сучасна Гастроентерологія. – 2014. – № 2 (76). – С. 150–155.
4. A prospective trial comparing small bowel radiographs and video capsule endoscopy for suspected small bowel disease / G. Costamagna, S. K. Shah, M. E. Riccioni [et al.] // Gastroenterology. – 2002. – Vol. 123 (4). – P. 999–1005.
5. Aspiration of an M2A capsule / A. R. Schneider, N. Hoepffner, W. Rösch [et al.] // Endoscopy. – 2003. – Vol. 35 (8). – P. 713.
6. Capsule endoscopy in patients with suspected Crohn's disease and negative endoscopy / J.M. Herrerias, A. Caunedo, M. Rodríguez-Téllez [et al.] // Endoscopy. – 2003. – Vol. 35 (7). – P. 564–568.
7. Diagnosing small bowel Crohn's disease with wireless capsule endoscopy / Z. Fireman, E. Mahajna, E. Broide [et al.] // Gut. – 2003. – Vol. 52. – P. 390–392.
8. Gong F., Mills T. N., Swain C. P. Wireless capsule endoscopy // Gastrointestinal Endoscopy. – 2000. – Vol. 51. – P. 725–729.
9. Hall B., Holleran G., McNamara D. Current applications and potential future role of wireless capsule technology in Crohn's disease // Scand. J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 49 (11). – P. 1275–1284.
10. Hudesman D., Mazurek J., Swaminath A. Capsule endoscopy in Crohn's disease: are we seeing any better? // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20 (36). – P. 13044–13051.
11. Iddan G., Swain P. History and development of capsule endoscopy // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 2004. – Vol. 14. – P. 1–9.
12. Kopylov U., Seidman E. G. Role of capsule endoscopy in inflammatory bowel disease // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20 (5). – P. 1155–1164.
13. Liangpunsakul S., Maglinte D. D., Rex D. K. Comparison of wireless capsule endoscopy and conventional radiologic methods in the diagnosis of small bowel disease // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 2004. – Vol. 14 (1). – P. 43–50.
14. Wireless capsule endoscopy / G. Iddan, G. Meron, A. Glukhovskiy [et al.] // Nature. – 2000. – Vol. 405. – P. 417.
15. Wireless capsule video endoscopy is a superior diagnostic tool in comparison to barium follow through and computerized tomography in patients with suspected Crohn's disease / R. Eliakim, D. Fischer, A. Suissa [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2003. – Vol. 15. – P. 363–367.

УДК: 618.15-091

АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

¹В. Ф. Беженарь, ²А. В. Дячук, ^{1,3}А. А. Цыпурдеева, ¹Л. К. Цуладзе, ³А. С. Молотков

¹ФГБУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН

²ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»

³ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

V. F. Bezhenar, A. V. Dyachuk, A. A. Tsyurdeeva, L. K. Tsuladze, A. S. Molotkov
VAGINAL APLASIA (ANALYTIC REVIEW)

¹Ott Institute of Obstetrics and Gynecology

²Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency

³Saint Petersburg State University

РЕФЕРАТ. В работе представлена информация о врожденных пороках развития женской репродуктивной системы, известные методы хирургической коррекции аплазии влагалища, их преимущества и недостатки. Описана современная методика лапароскопически ассистированного формирования неовагины по Wallwiener.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пороки развития, аплазия влагалища, хирургическая коррекция, неовагина.

Врожденные аномалии и пороки развития матки, ее придатков и влагалища встречаются приблизительно у 3% женщин. В клинической практике выделяют: пороки развития маточных труб и яичников, однорогую и двуорогую матку, внутриматочную и влагалищную перегородку, удвоение матки и влагалища, заращение и аплазию влагалища. Формируются они во внутриутробном периоде – на 6–8-й неделях беременности. У плода каудально с двух сторон происходит слияние мюллеровых протоков в один по срединной линии. При нарушении их соединения создаются условия для формирования перегородки в полости матки, двуорогой матки или ее удвоения, а также атрезии матки и влагалища. Известны случаи различных сочетаний пороков развития наружных, внутренних половых органов, мочевой, костной систем, желудочно-кишечного тракта [6]. Подобные изменения в организме женщины, как правило, вызывают различные функциональные, психоэмоциональные и сексуальные расстройства [2].

Симптоматику обуславливает нарушение оттока менструальной крови. В некоторых случаях коррекция пороков не требуется, а при необходимости – успешно выполняется хирургически. Особый интерес представляет аплазия влагалища, так как необходимость в исправлении патологии существует всегда, но представляет наибольшие трудности. Предложено несколько подходов для воссоздания влагалища, которые не идеальны [1].

Синдром Майера – Рокитанского – Кустнера – Хаузера. Для этого порока характерно полное

SUMMARY. The paper provides information on birth defects of the female reproductive system, the known methods of surgical correction of vaginal aplasia, their advantages and disadvantages. Describes modern methods of laparoscopically assisted by forming neovaginoplasty on Wallwiener.

KEY WORDS: birth defects of the female reproductive system, vaginal aplasia, surgical construction, neovagina.

отсутствие или наличие очень короткого нефункционального влагалища. Встречается с частотой 1 : 4000–1 : 5000 новорожденных девочек [6, 8]. Матка может также отсутствовать или иметь особенности структуры. Яичники нормального строения, адекватно функционирующие. Наружные половые органы правильно сформированы, вторичные половые признаки развиты (молочные железы, оволосение). Типичный для женщин набор хромосом – 46, XX [8]. При пороке могут наблюдаться также нарушения формирования мочевыделительной системы (строение и расположение почек, мочеточников, уретры) и отклонения в структуре скелета, позвоночника [6, 8].

Аномалия развития выявляется, как правило, в период полового созревания, когда диагностируется первичная аменорея, или появляется боль в животе по причине обструкции полового тракта [3, 6].

В лечении пациенток с аплазией влагалища главным этапом является кольпопоз. На сегодняшний день круг пациентов, нуждающихся в проведении кольпопоза, значительно расширился. На прием к врачам с целью создания искусственного влагалища обращаются и мужчины, имеющие различные нарушения полового развития [Миланов Н. О., 1998; Кирпатовский И. Д., 2002; Eicher W., 1995; Morcel K., 2011].

Кольпопоз (colporoosis) – формирование искусственного влагалища с целью восстановить отток менструальной крови из функционирующей матки, создать возможность для половых отношений.

Таблица 1

Преимущества и недостатки методов создания неовагины

Автор метода	Используемая техника	Преимущества	Недостатки
Frank	Градуированный расширитель	Не требуется проведения операции	Осложнения при неправильном проведении
McIndoe	Кожный протез, помещенный на стент (специальная металлическая или пластиковая конструкция, предотвращающая сужение протеза)	Не требуется проведения операции	Требуется применение расширяющих устройств, увлажняющих средств
Vecchietti	Внутрибрюшное вытяжение	Может быть применен метод эндоскопической хирургии	Требуется применение расширяющих устройств, увлажняющих средств
Пластика из кишечника	Применение отрезка кишечника	Не требуется расширяющих устройств, увлажняющих средств	Опасная трудоемкая операция

Неоперативное лечение было популярно в начале XX века, когда Frank и другие авторы предлагали использовать методы для формирования влагалища на основе наружной дилатации. С использованием твердого устройства постепенно расширялись и углублялись ткани промежности в проекции, где в норме должно располагаться влагалище. Применение подобных неинвазивных технологий может привести к успеху только в случаях, когда имеется достаточно выраженное рудиментарное влагалище. У пациентов с влагалищем в виде ямки или полным его отсутствием консервативные методики оказываются, как правило, безуспешными и создают риск осложнений.

В настоящее время для формирования неовагины надежды возлагаются на хирургические методы. Известен ряд операций, предложенных для коррекции врожденной аплазии влагалища: вагинопластика сегментом тонкой [4] или сигмовидной кишки [4, 3], методика брюшинного кольпопоза, разработанная С. Н. Давыдовым [9], кожнопластический кольпопоз по McIndoe [1], методика хирургического растягивания по Vecchietti [5, 7].

Для образования влагалища из кишечника используется петля тонкой кишки, отрезок слепой кишки и чаще фрагмент сигмовидной кишки. Операции на кишечнике требуют высокой квалификации хирурга и тщательной подготовки. Процент осложнений и риск неблагоприятных исходов достаточно велик. У большинства пациенток неовлагалище после сигмоидального кольпопоза имеет достаточные для половых контактов параметры. У 10% пациенток отмечается незначительное сужение влагалища, не препятствующее половой жизни. В единичных случаях у пациенток происходило резкое сужение влагалища [2]. Наличие функционирующей матки при аплазии влагалища является абсолютным показанием для этой операции [2, 4].

Известны, но практически не применяются способы кольпопоза с помощью кожно-эпидермальной аутоотрансплантации. Различные варианты опе-

раций были впервые разработаны еще в XIX веке Crede (1882), Г. Е. Рейном (1893). Относительно легки в техническом отношении, более безопасны для больных по сравнению с сигмоидальным кольпопозом. Недостатки этих операций – в неудовлетворительном приживлении кожных лоскутов из-за перекручивания их ножек и нарушения кровообращения, сухости кожи и роста волос на ней, сморщивании или заращении созданного пузырно-прямокишечного канала. После кожного кольпопоза в отдаленном периоде часто отмечалось рубцевание влагалища и потребность в повторных хирургических коррекциях [2].

Большое практическое значение для создания неовагины имеет брюшинный кольпопоз, для чего используется париетальная брюшина малого таза. Впервые метод предложен и описан в 1933 году М. И. Ксидо. В последующем доработан и применен рядом авторов: Кочергинским А. Э., 1960; Аристом И. Д., 1963; Вербенко А. А., 1968; Давыдовым С. Н., 1968. С помощью технически доступного для хирурга и относительно опасного для пациентки вмешательства удается получать удовлетворительные результаты. Противопоказанием для выполнения данного метода является спаечный процесс органов малого таза, перенесенный пельвиоперитонит [2].

Наиболее приемлемым для кольпопоза в последние годы представляется метод Vecchietti, в основе которого – внутрибрюшное вытяжение. Относительным его недостатком можно считать традиционно принятый лапаротомический доступ. В 1992 году в гинекологическом госпитале Хайделберга была предложена методика эндоскопически ассистированного формирования неовагины, которая может применяться при синдроме Майера – Рокитанского – Кустнера – Хаузера и в ряде случаев тестикулярной феминизации [5, 10].

В таблице 1 приведены данные по преимуществам и недостаткам методов создания неовагины.

Стремление к достижению оптимального результата, укорочению времени операции и сокращению восстановительного периода, уменьшению осложнений привело к разработке современного набора инструментов, включающего новое тракционное устройство, используемое при формировании неовагины [5]. Поэтому в последние годы все большую популярность приобретает методика лапароскопически ассистированного формирования неовагины по Wallwiener.

Описание методики

Принцип данного метода заключается в интраабдоминальном расширении влагалищной мембраны при помощи фалангового фантома, связанного двумя натяжными нитями, проведенными посредством прямого вилообразного проводника после перфорации вагинальной ямки, а затем их ретроперитонеального перемещения при помощи большого изогнутого проводника до стенки брюшины и оказании постоянного давления на влагалищную ямку. На передней брюшной стенке нити удерживаются с помощью тракционного устройства в натянутом состоянии и ежедневно подтягиваются. Вследствие этого в течение нескольких дней формируется неовагина. Методика позволяет отказаться от препарирования прямокишечно-пузырного туннеля. Тракционное устройство, благодаря сглаженным и округленным углам, а также наличию твердой и ровной поверхности, достаточно хорошо прилегает к передней брюшной стенке и не оказывает значительного давления на ткани, в результате чего не требуется применения специальной прокладки между натяжителем и кожей [5].

По данным исследований, этот метод позволяет уменьшить время операции по созданию неовагины практически вдвое. Сокращается время использования расширяющих средств, время тракции составляет 3–4 дня. Длина влагалища (измерения через 6 месяцев) увеличивается до 10 см [7].

Данная методика может быть выполнена врачами-гинекологами, владеющими лапароскопической техникой операций. Требуется эндовидеохирургическая стойка с соответствующим лапароскопическим инструментарием, цистоскоп, дилататор для прямой кишки, набор специальных инструментов, формирующих неовагину. Для достижения оптимальных результатов при лапароскопически ассистированном формировании неовагины и минимизации операционных осложнений компанией Karl Storz-Endoskope разработан специальный набор инструментов, включающий механический натяжитель [5].

В набор входят:

- простой прямой нитеводитель для вагиноабдоминальной перфорации и 2 изогнутых проводника с различными изгибами для абдоминовагинальной перфорации и перитониализации (рис. 1a);
- тракционное устройство – натяжитель (рис. 1b);
- сегментированный фаланговый фантом (рис. 1c);
- послеоперационные фантомы (рис. 1d).

В настоящее время имеются фантомы 6 различных размеров (длиной от 10 до 12 см и в диаметре 2, 2,5 и 3 см). Фантомы могут использоваться также и для предоперационной подготовки [5].



Рис. 1. Набор инструментов для формирования неовагины от компании Karl Storz-Endoskope

Описание медицинской технологии

Со стороны влагалищного синуса на прямом проводнике в брюшную полость между мочевым пузырем и прямой кишкой в проекции дугласова кармана проводятся две нерассасывающиеся длинные проленовые нити, фиксированные зажимом, к которым со стороны влагалища фиксирован фаланговый фантом (рис. 2а, 2б, 2с).

Из отдельных проколов в правой и левой подвздошных областях с помощью изогнутого перфоратора создаются забрюшинные тоннели (рис. 2д), и с помощью перфоратора нити пролена выводятся забрюшинно (рис. 2е, 2ф) на переднюю брюшную стенку с фиксацией к тракционному устройству в умеренном натяжении с введением одной-двух секций фалангового фантома во влагалище (рис. 2г) [5].

Во время операции должно осуществляться постоянное отведение мочи через уретральный катетер (рис. 2h).

Осложнения

Осложнения могут возникнуть на любом этапе оперативного вмешательства.

1. При проведении перфоратора – ранение мочевого пузыря и прямой кишки.
2. При забрюшинном проведении нитей с использованием изогнутого проводника – ранение сосудов, формирование ретроперитонеальной гематомы.
3. Осложнения, связанные с лапароскопической техникой.
4. Осложнения, связанные с анестезиологическим пособием.

Послеоперационный период

В послеоперационном периоде необходимо использование мочевого катетера, проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии, применение эстрогенсодержащих кремов,

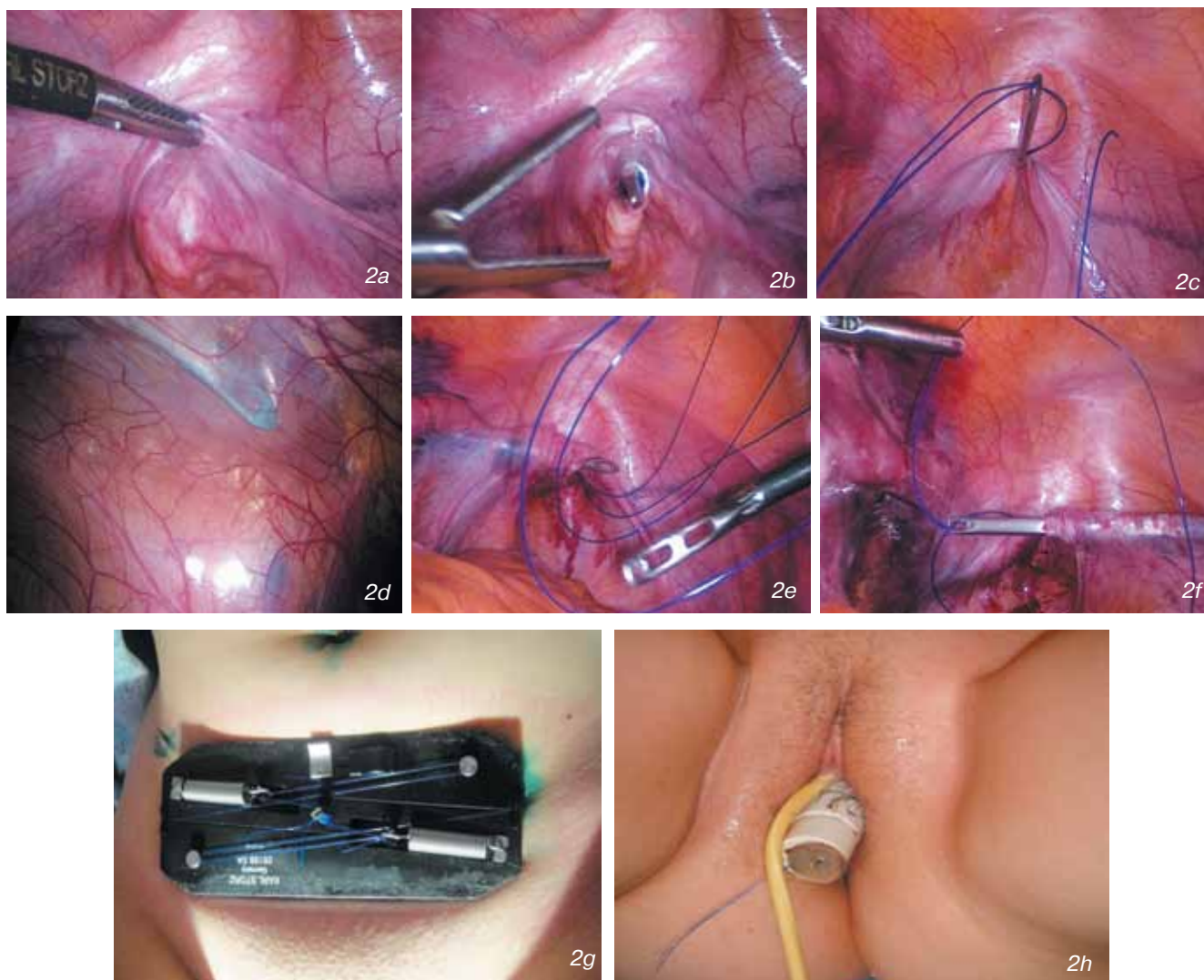


Рис. 2. Этапы лапароскопически ассистированного формирования неовагины по Wallwiener

использование антисептических растворов для обработки фантомов.

С помощью тракционного устройства обеспечивается натяжение забрюшинно расположенных проленовых нитей, которые подтягиваются ежедневно на 1 сегмент фалангового фантома. При неправильном использовании тракционного устройства возможно ослабление натяжения нитей либо разрыв нитей при их чрезмерном натяжении [5].

Послеоперационные фантомы должны вводиться сразу после окончания использования тягителя и удаления фалангового сегментарного фантома. Необходимо их постоянное применение в течение 3–4 недель после операции. Половую жизнь рекомендовано начинать не ранее чем через 3 недели после операции [5]. По данным ряда исследований, считается возможным применение растяжителя до 1 года.

Возможно возникновение осложнений в отдаленном периоде:

1. Сужение, заращение неовагины при отсутствии половых контактов или неадекватной разработки фаллоимитатором.
2. Обострения цистита.
3. Формирование ректонеовагинальных свищей [8].

Выводы

1. Выбор метода коррекции врожденной аплазии влагалища зависит от цели оперативного вмешательства, профессиональной подготовки и опыта



Рис. 3. Вид сформированной неовагины

хирурга, от оснащения стационара соответствующим хирургическим оборудованием.

2. Необходимо обоснованно подходить к выбору метода кольпопоза.

3. Создание искусственного влагилица с помощью реконструктивно-пластической операции по методике лапароскопически ассистированного формирования неовагины по Wallwiener может стать стандартным решением при синдроме Майера – Рокитанского – Кустнера – Хаузера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефименко А. Ф. Лапароскопически ассистируемая вагинопластика при аплазиях влагалища // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 5 (8). – С. 52–56.
2. Угрюмова Л. Ю. Клиническая оценка эффективности различных методов кольпопоза: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.01 / Угрюмова Л. Ю. – М., 2008. – 18 с.
3. Anatomic and functional results of laparoscopic-perineal neovagina construction by sigmoid colpoplasty in women with Rokitansky's syndrome / E. Darai, O. Toullalan, O. Besse [et al.] // Human Reproduction. – 2003. – Vol. 18. – N 11. – P. 2454–2459.
4. Eighty-six cases of laparoscopic vaginoplasty using an ileal segment / J. Wu, B. Li, T. Liu [et al.] // Chin. Med. J. – 2009. – Vol. 12. – N 16. – P. 1862–1866.
5. Improvement of endoscopically assisted neovagina: new application instruments and traction device / S. Brucker, M. Gegusch, W. Zubke [et al.] // Gynecological Surgery. – 2004. – Vol. 1 (2). – P. 133–138.
6. Malik E., Mangold R., Rossmannith W. G. Laparoscopic extirpation of an aplastic ectopic uterus in a patient with Rokitansky – Kuster – Mayer – Hauser syndrome // Human Reproduction. – 1977. – Vol. 12. – N 6. – P. 1298–1299.
7. Neovagina creation in vaginal agenesis: development of a new laparoscopic Vecchiotti-based procedure and optimized instruments in a prospective comparative interventional study in 101 patients / S. Brucker, M. Gegusch, W. Zubke [et al.] // Fertil. Steril. – 2008. – N 90 (5). – P. 1940–1952.
8. Results of modified laparoscopically assisted neovaginoplasty in 18 patients with congenital absence of vagina / Y. K. Soong, F. H. Chang, Y. M. Lai [et al.] // Human Reproduction. – 1996. – Vol. 11. – N 1. – P. 200–203.
9. Sexuality after laparoscopic Davydov in patients affected by congenital complete vaginal agenesis associated with uterine agenesis or hypoplasia / A. Giannesi, P. Marchiole, M. Benchaib [et al.] // Human Reproduction. – 2005. – Vol. 20. – N 10. – P. 2954–2957.
10. Vaginal reconstruction in vaginal aplasia by a Vecchiotti modified laparoscopic operation: further simplification of the method / M. Bloechle, P. Sydow, J. Blohmer [et al.] // Zentralbl Gynakol. – 1996. – Vol. 118 (5). – P. 303–306.

УДК 616.124-007.253

О РЕДКОМ НАБЛЮДЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ КОРОНАРНО-ВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ФИСТУЛ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Н. Ю. Семиголовский, А. Ю. Титков, Ю. С. Титков, А. В. Хмельницкий, А. Л. Загребин
ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»*

N. Yu. Semigolovski, A. Yu. Titkov, Yu. S. Titkov, A. V. Khmel'nitski, A. L. Zagrebina
**ON THE RARE CASE OF MULTIPLE CONGENITAL CORONARY-
VENTRICULAR FISTULA OF LEFT VENTRICULAR**
Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency

В литературе немало известно о коронарных артериовенозных фистулах – редком пороке, при котором образуется свищ между коронарной артерией и правым желудочком, предсердием или коронарным синусом. Сброс крови при этой патологии обычно небольшой, и коронарный кровоток не страдает.

В нашей практике имеется наблюдение множественных коронарных артериовентрикулярных фистул левого желудочка – еще более редкого порока развития.

У больной Ш. 50-летнего возраста в отсутствие жалоб при съемке электрокардиограммы в рамках диспансеризации были выявлены изменения в виде субэпикардиальной ишемии переднебоковой стенки левого желудочка (подъем ST с инверсией зубца T V1–V6, уплощение T в I и II отведениях).

При эхокардиографии было обнаружено увеличение полости левого предсердия (40 мм) и нарушения внутрипредсердной проводимости, размеры других полостей сердца оказались в пределах должных

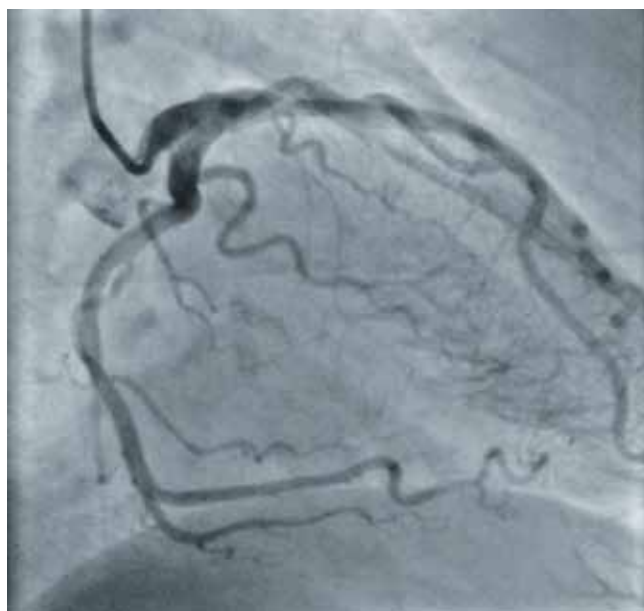


Рис. 1

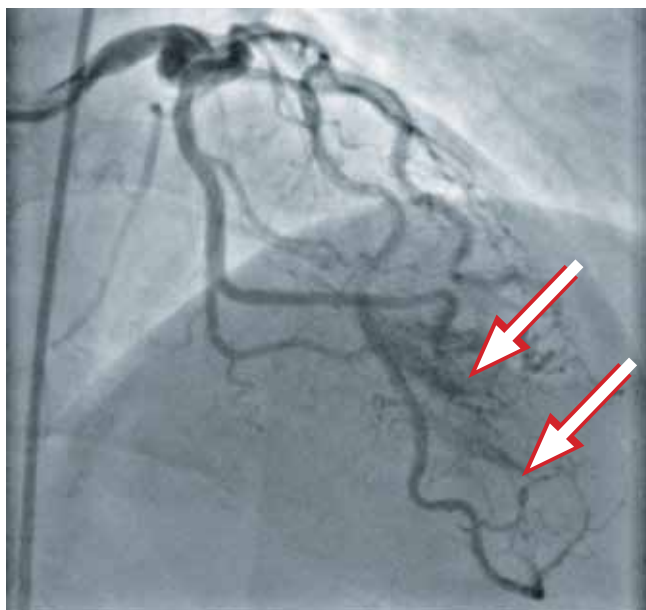


Рис. 2

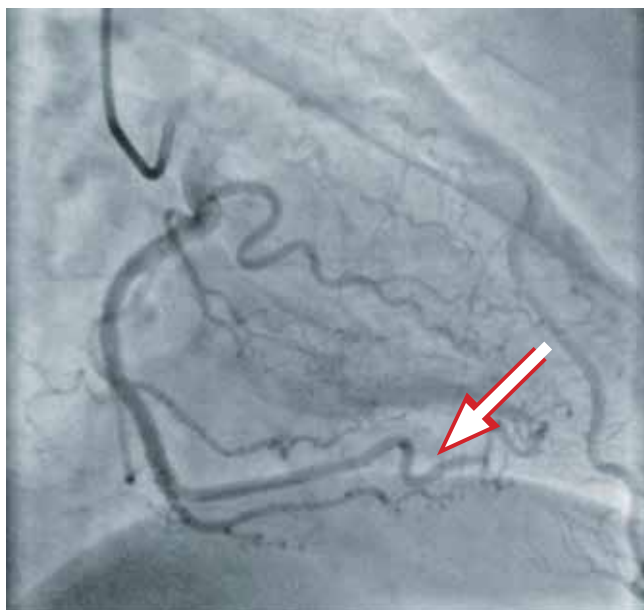


Рис. 3

величин, выявлены фиброзные изменения межжелудочковой перегородки и передней стенки левого желудочка на всем протяжении без достоверно определяемых зон нарушения локальной сократимости. Аорта не расширена, стенки ее уплотнены. Градиенты давления на клапанах в пределах нормы, легочная артерия и нижняя полая вена не расширены. Общая сократительная функция сердца сохранена.

По итогам обследования было принято решение о проведении коронарной ангиографии, которая прошла без осложнений и выявила у больной смешанный тип кровоснабжения сердца, выраженный шунтирующий сброс из левой коронарной артерии в области верхушки и перегородки левого желудочка. Главный ствол левой коронарной артерии – без патологии, передняя межжелудочковая артерия – с межмышечным мостиком, стенозирующим ее просвет на 40%, в правой коронарной артерии – умеренный стеноз в средней трети – 40%.

Таким образом, случай расценен как неспецифические изменения ЭКГ, скрывающие необычную врожденную патологию – аномалию коронарных артерий с множественными коронаро-вентрику-

лярными фистулами левого желудочка в области передней стенки и верхушки.

На рис. 1–3 представлены коронарограммы больной. Видно, как контраст последовательно во время систол мощным потоком прорывается в левый желудочек (отмечено стрелкой).

Определенный вклад в генезе ишемических изменений у больной может вносить как значительное шунтирование, так и межмышечный мостик над передней межжелудочковой артерией и стеноз правой коронарной артерии.

В плане терапии эффективными у таких больных оказываются антагонисты кальция (дигидропиридиновые – при брадикардии и верапамил – при склонности к тахикардии). Прогноз представляется весьма благоприятным и определяется прогрессированием атеросклероза. Об этом свидетельствует 5-летнее наблюдение за нашей пациенткой.

Описанный случай в очередной раз демонстрирует ограниченные диагностические возможности электрокардиографии в сравнении с коронарной ангиографией.

УДК 616.25

ОПЫТ СУДЕБНОГО ОБЖАЛОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ АКТА ПРОВЕРКИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ФГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 122 ИМЕНИ Л. Г. СОКОЛОВА ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»

О. А. Дёмина, А. В. Каширина

ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»

O. A. Demina, A. V. Kashirina

EXPERIENCE IN JUDICIAL APPEAL OF INSPECTION REPORT OF SOCIAL INSURANCE FUND OF THE RUSSIAN FEDERATION BY MEDICAL INSTITUTION (AN EXAMPLE SOKOLOV HOSPITAL № 122 OF FEDERAL MEDICAL AND BIOLOGICAL AGENCY)

Sokolov' Hospital № 122 of the Federal Medical and Biological Agency

В январе 2013 года должностным лицом Государственного учреждения – Санкт-Петербургское региональное отделение Фонда социального страхования в Российской Федерации (далее ГУ – СПб РО ФСС РФ) в ФГБУЗ КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России (далее – учреждение) была проведена внеплановая проверка обоснованности выдачи двух листов нетрудоспособности на имя пациента Б.

По результатам проверки был составлен акт № 613 от 13.05.13, в соответствии с п. 2 выводов которого продление пациенту Б. листка нетрудоспособности на период с 19.01.13 по 23.01.13 записями первичной медицинской документации не подтверждено.

24.05.13 с актом проверки был ознакомлен Главный врач учреждения, который в письменном виде выразил несогласие с п. 2 выводов акта, поскольку

нетрудоспособность пациента Б. в период с 19.01.13 по 23.01.13 в полном объеме подтверждается записями в его амбулаторной карте.

Несмотря на это, 24.07.13 в адрес учреждения из ГУ – СПб РО ФСС РФ поступило письмо с требованием в 30-дневный срок возместить нанесенный его бюджету ущерб в сумме 6678,10 рубля, поскольку работодателем пациента Б. листок нетрудоспособности был оплачен.

Желая подтвердить неправомочность позиции ГУ – СПб РО ФСС РФ, учреждение обратилось в Петроградский районный суд Санкт-Петербурга с заявлением, в котором просило суд признать п. 2 выводов акта проверки № 613 недействительным.

В связи с возникшим спором судом была назначена и проведена судебно-медицинская экспертиза, при этом расходы на ее проведение были поделены между сторонами поровну. На разрешение экспертов был поставлен следующий вопрос: «Являются ли записи в истории болезни на имя Б. достаточными для подтверждения диагноза и временной нетрудоспособности пациента за период с 19.01.13 по 23.01.13?»

Согласно заключению судебно-медицинских экспертов записи в истории болезни на имя Б. являются достаточными для подтверждения диагнозов, но неполными. В отношении временной нетрудоспособности пациента за период с 19.01.13 по 23.01.13 записи в истории болезни на имя Б. являются обоснованными и достаточными.

Судом первой инстанции не было установлено оснований не доверять полученному заключению, поскольку оно соответствовало требованиям Гражданско-процессуального кодекса РФ, эксперты были предупреждены об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Однако в мотивировочной части решения суд указал, что вывод п. 2 обжалуемого акта проверки подтвержден заключением экспертов, в котором указано, что записи в истории болезни на имя Б. являются достаточными для подтверждения диагнозов, но неполными.

На этом основании решением Петроградского районного суда Санкт-Петербурга от 09.04.14 в удовлетворении требований учреждения было отказано.

Поскольку с таким решением суда первой инстанции нельзя было согласиться, учреждение в установленные законом сроки обратилось с апелляционной жалобой в Санкт-Петербургский городской суд, при этом мотивировка жалобы сводилась к следующему.

В соответствии с п. 1 ст. 22 Федерального закона от 16.07.99 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» основанием для назначения и выплаты страхового обеспечения застрахованному лицу является наступление документально подтвержденного страхового случая. Одним из видов страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию является пособие по временной нетрудоспособности (подп. 5 п. 2 ст. 8 закона № 165-ФЗ).

Согласно ч. 5 ст. 13 Федерального закона от 29.12.06 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан и подтверждающим их временное освобождение от работы, является листок нетрудоспособности, выданный медицинской организацией по соответствующей форме и в соответствующем порядке.

Порядок выдачи листков нетрудоспособности, как указывалось выше, утвержден приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.11 № 624н. Согласно п. 5 данного нормативного документа выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

С учетом изложенного для продления листка нетрудоспособности записи в медицинской карте пациента должны обосновывать необходимость временного освобождения от работы, то есть его временную нетрудоспособность.

В соответствии с имеющимся в материалах дела заключением экспертов «в отношении временной нетрудоспособности пациента за период с 19.01.13 по 23.01.13 записи в истории болезни на имя Б. являются обоснованными и достаточными». Таким образом, проведенная по делу судебно-медицинская экспертиза подтвердила обоснованность продления пациенту Б. листка нетрудоспособности на период с 19.01.13 по 23.01.13. Требования п. 5 приказа Минздравсоцразвития РФ от 29.06.11 № 624н были соблюдены.

Суд апелляционной инстанции в полном объеме поддержал доводы учреждения, и определением Судебной коллегии по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда от 16.06.14 решение Петроградского районного суда было отменено, требования учреждения о признании недействительным п. 2 раздела «выводы» акта проверки № 613 от 13.05.13 ГУ – СПб РО ФСС РФ удовлетворены. Одновременно в пользу учреждения с ГУ – СПб РО ФСС РФ были взысканы судебные расходы по оплате государственной пошлины и судебной экспертизы.

Таким образом, в случае несогласия с выводами органа управления средствами обязательного социального страхования у медицинского учреждения существует реальная возможность оспорить их в судебном порядке и подтвердить правоту своей позиции.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. Беженарь Виталий Федорович, руководитель отделения оперативной гинекологии ФГБУ НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, д. м. н., профессор тел. (812) 328-98-03, e-mail: bez-vitaly@yandex.ru
2. Бескровный Евгений Геннадьевич, аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», тел. +7 (952) 360-69-82
3. Горбачев Виктор Николаевич, заведующий отделением хирургии № 1 ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», к. м. н., тел.: (812) 558-8745, +7 (812) 956-98-03
4. Горшенин Тимофей Леонидович, заведующий хирургическим отделением СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», к. м. н., тел. +7 (911) 830-12-65, e-mail: togorshenin@mail.ru
5. Дёмина Ольга Алексеевна, заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», тел. (812) 449-60-22
6. Дячук Александр Владимирович, заведующий отделением гинекологии ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., профессор, тел. (812) 558-90-88
7. Ельчанинов Александр Петрович, заведующий отделением неврологии ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., тел. +7 (911) 731-09-77, e-mail: apelchaninov@mail.ru
8. Загребин Александр Львович, сердечно-сосудистый хирург «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России»
9. Каширина Антонина Владимировна, начальник юридического отдела «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», тел. (812) 559-94-63
10. Кашенко Виктор Анатольевич, заместитель главного врача по хирургической помощи ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., профессор, тел. (812) 558-9854, e-mail: oper@med122.com
11. Климов Антон Сергеевич, аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», тел. +7 (911) 930-87-13
12. Лебедева Надежда Николаевна, аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», тел. +7 (961) 803-82-94
13. Лобач Сергей Михайлович, эндоскопист ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», к. м. н., тел. (812) 559-98-51
14. Лукичев Руслан Игоревич, аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», тел. + 7 (921) 598-42-54
15. Мамичева Ольга Юрьевна, аспирант кафедры хирургии им. Н. Д. Монастырского ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МО РФ, тел. (812), 576-27-66, e-mail: MovchanK@miarav.spb.ru
16. Мовчан Константин Николаевич, заведующий организационно-методическим отделом мониторинга качества медицинской деятельности СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», д. м. н., профессор, тел. (812), 576-27-66, e-mail: MovchanK@miarav.spb.ru
17. Молотков Арсений Сергеевич, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», тел./факс: (812) 28-98-33, (812) 325-15-30
18. Накатис Яков Александрович, главный врач ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., профессор, тел. (812) 558-05-08, e-mail: infomed@med122.com
19. Орлова Рашида Вахидовна, руководитель специализированного онкологического центра ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», заведующая кафедрой онкологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», д. м. н., профессор, тел. +7 (911) 101-91-56, orlova_rashida@mail.ru
20. Распереза Дмитрий Викторович, эндоскопист ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», тел. (812) 559-98-51
21. Ратникова Анна Константиновна, кардиолог ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, тел. +7 (812) 295-17-42, e-mail: spbgpma-ozz@mail.ru
22. Русакевич Ксения Игоревна, студентка ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ, тел. (812) 576-27-66, e-mail: RusakevichK@mail.ru
23. Савельева Татьяна Вячеславовна, рентгенолог, заведующая кабинетами МРТ ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», к. м. н., тел. (812) 449-60-35
24. Садыгова Севда Нураддиновна, онколог отделения онкологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, тел. +7 (921) 636-03-32, e-mail: sevda78@yandex.ru
25. Семиголовский Никита Юрьевич, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., профессор, тел. (812) 558-94-35, e-mail: semigolovski@yandex.ru

26. Сишкова Елена Александровна, заведующая отделением эндоскопии ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», к. м. н., тел. (812) 559-98-51
27. Смигельский Игорь Станиславович, хирург ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», тел. +7 (921) 992-31-58
28. Солоницын Евгений Геннадьевич, гастроэнтеролог, врач-эндоскопист «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», ассистент кафедры эндоскопии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», к. м. н., тел. +7 (812) 559-98-51
29. Сомов Максим Викторович, хирург ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», тел. +7 (911) 755-10-63
30. Тинякова Татьяна Викторовна, эндоскопист ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», к. м. н., тел. (812) 559-98-51
31. Титков Александр Юрьевич, сердечно-сосудистый хирург, заведующий отделением рентген-эндоваскулярной хирургии и интервенционной кардиологии «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», к. м. н., доцент, тел. (812) 559-99-38
32. Титков Юрий Сергеевич, заведующий Кардиологическим центром ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., профессор, тел. (812) 559-99-38
33. Титков Юрий Сергеевич, заведующий отделением кардиологии ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., профессор, тел. (812) 559-99-31, e-mail: cardio@med122.com
34. Тоидзе Важа Васильевич, заведующий хирургическим отделением № 2 ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», к. м. н., тел. (812) 559-98-51
35. Тюкавина Нина Владимировна, онколог отделения онкологии ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», тел. +7 (911) 213-80-56, tyukavina@yandex.ru
36. Федоров Андриан Иванович, аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», тел. +7 (911) 258-43-04
37. Хмельницкий Алексей Валерьевич, сердечно-сосудистый хирург «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», д. м. н., доцент
38. Цуладзе Лилия Карловна, акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, к. м. н., тел. (812) 328-23-61
39. Цыпурдеева Анна Алексеевна, старший научный сотрудник отделения оперативной гинекологии ФГБУ НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, к. м. н., тел. (812) 328-23-61, e-mail: Tsyurdeeva@mail.ru
40. Юрьев Вадим Кузьмич, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, д. м. н., профессор, тел. +7 (812) 295-17-42, e-mail: spbgprma-ozz@mail.ru

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Клиническая больница» ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства» выпускается ежеквартально.

В журнал принимаются статьи и сообщения по наиболее значимым вопросам научной и научно-практической, лечебно-профилактической и клинической, а также учебной и учебно-методической работы.

Работы для опубликования в журнале должны быть представлены в соответствии со следующими требованиями:

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4, с полуторным интервалом между строчками, со стандартными полями (слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – 2,5 см), с нумерацией страниц (сверху в центре, первая страница без номера). Текст необходимо печатать в редакторе Word версии до 2003 включительно, шрифтом Times New Roman, 14 кеглем, без переносов.

2. Объем обзорных статей не должен превышать 20 страниц печатного текста, оригинальных исследований, исторических статей – 10 страниц, включая список литературы.

3. Присылать следует 1 распечатанный экземпляр, подписанный на титульном листе всеми авторами с указанием даты, и электронный вариант на электронном носителе. В начале первой страницы указываются инициалы и фамилии авторов, название статьи, наименование учреждения*, где выполнена работа (на русском и английском языках), краткие сведения об авторах, а также должность, телефонный номер и электронный адрес автора, ответственного за связь с редакцией.

4. Первая страница должна содержать реферат на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В реферате должны быть изложены основные результаты, новые и важные аспекты исследования или наблюдений. Реферат не должен содержать аббревиатур. Далее должны быть приведены ключевые слова на русском и английском языках (не более 10 слов).

5. Текст статьи должен быть тщательно выверен и не должен содержать смысловых, орфографических, пунктуационных и стилистических ошибок.

6. Особенно тщательно следует описывать материалы и методы исследования, точно указывать названия использованных реактивов, фирму-изготовителя и страну происхождения.

7. Недопустимо использовать в статье фамилии, инициалы больных или номера историй болезни, особенно на рисунках или фотографиях.

8. При изложении экспериментов на животных укажите, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

9. Все иллюстрации должны быть предоставлены отдельными файлами в CMYK-модели, в формате TIFF либо EPS (без использования JPG-компрессии) с разрешением не меньше 300 dpi в масштабе 1:1. Название приложенного файла должно соответствовать порядку нумерации рисунка в тексте. Подписи к иллюстрациям должны быть размещены в основном тексте. На каждый рисунок, диаграмму или таблицу в тексте обязательно должна быть ссылка. В подписях к микрофотографиям, электронным микрофотографиям обязательно следует указывать метод окраски и обозначать масштабный отрезок. Диаграммы должны быть выполнены в программе Excel и приложены отдельным файлом.

10. Библиографические ссылки в тексте должны даваться цифрами в квадратных скобках и соответствовать списку литературы в конце статьи. В начале списка в алфавитном порядке указываются отечественные авторы, затем – зарубежные, также в алфавитном порядке. Общий объем ссылок не более 15.

11. Библиографическое описание литературных источников должно соответствовать требованиям ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

12. Не принимаются работы, ранее опубликованные в других изданиях.

13. Редакция имеет право требовать от авторов уточнений, изменений, а также сокращения объема материала.

14. Материалы, оформленные не в соответствии с правилами, к публикации не принимаются.

15. Присланные материалы по усмотрению редколлегии направляются для рецензирования членам редакционного совета.

Примечание

* – Указывается полное название организации, учреждения, как в учредительных документах.

Санкт-Петербургская прокуратура по надзору за исполнением законов на особо режимных объектах в рамках работы в сфере правового просвещения РАЗЪЯСНЯЕТ

Постановлением Правительства РФ от 06.09.2014 внесены изменения в Правила дорожного движения, утвержденные постановлением Правительства РФ от 23.10.1993 № 1090, регламентирующие действия водителя, причастного к ДТП.

Водитель обязан немедленно остановить транспортное средство (ТС), включить аварийную сигнализацию, выставить знак аварийной остановки, оказать первую медицинскую помощь пострадавшим, вызвать скорую помощь и полицию, в экстренных случаях отправить пострадавшего в медучреждение на попутном или своем транспорте, зафиксировать, в т.ч. средствами фото и видеофиксации положение транспортных средств, следы и предметы, относящиеся к происшествию, записать адреса и фамилии очевидцев, при невозможности движения других ТС освободить проезжую часть.

Если обстоятельства причинения вреда в связи с ДТП, характер и перечень видимых поврежденных ТС не вызывают разногласий его участников, водители могут не сообщать о ДТП в полицию и оставить место происшествия, оформив документы о ДТП на ближайшем посту ДПС или полиции, зафиксировав положение ТС, повреждения, в т.ч. с помощью фото и видеосъемки, либо оформить документы о ДТП самостоятельно, заполнив бланк-извещение в соответствии с правилами страхования при условии, что участников ДТП двое, вред причинен только им и их гражданско-правовая ответственность застрахована.

Участники ДТП могут не оформлять документы о ДТП, если вред причинен только им и у них отсутствует необходимость в оформлении документов.

Санкт-Петербургской прокуратурой по надзору за исполнением законов на особо режимных объектах особое внимание уделяется защите трудовых прав работников предприятий. За 11 месяцев 2014 года прокуратурой выявлено 265 нарушений действующего трудового законодательства, внесено 40 представлений об устранении нарушений действующего трудового законодательства, представления прокуратуры удовлетворены, 47 виновных должностных лиц привлечены к дисциплинарной ответственности, по постановлениям прокурора к административной ответственности привлечено 53 должностных лица, принесено 2 протеста, которые были удовлетворены, направлено в суд 110 исков в защиту трудовых прав граждан.

По результатам рассмотрения судом исковых заявлений прокурора, предъявленных в защиту трудовых прав граждан в порядке ст.45 ГПК РФ требования прокурора по 77 исковым заявлениям удовлетворены. Отказов в удовлетворении исковых требований прокурора не имелось.

Всего по результатам принятых мер прокурорского реагирования поднадзорными предприятиями погашена задолженность по выплате заработной платы на общую сумму 462 307 тыс. руб.

Обеспечение защиты трудовых прав граждан остается приоритетным направлением деятельности Санкт-Петербургской прокуратуры по надзору за исполнением законов на особо режимных объектах и в дальнейшем.

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 122 им. Л. Г. СОКОЛОВА
Федерального медико-биологического агентства

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

**В любое время. В любую погоду.
В любой ситуации**



**Тел.: (812) 333-4717, 559-0339, 987-0303, 972-0303
194291, Россия, Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4
www.med122.com**

Лицензия ФС-53-01-000606 от 03.10.2014

О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



ЗАО «Медпром»
 Республика Татарстан, г Казань,
 ул.Космонавтов д.39.Б
 тел./факс +7 843 279-69-33, +7 843 279-65-09
 e-mail; zao-medprom@mail.ru

Поставка медицинского оборудования, расходных материалов и изделий медицинского назначения отечественных и импортных производителей



Гемостатическое
 средство нового
 поколения

Артикул	Продукт	Описание
STA0001	PerClot Стандарт 1 гр	Диспенсер 1 гр и аппликатор 100 мм
STA0003	PerClot Стандарт 3 гр	Диспенсер 3 гр и аппликатор 100 мм
STA0005	PerClot Стандарт 5 гр	Диспенсер 5 гр и аппликатор 100 мм
STA2001	PerClot Стандарт XL 1 гр	Диспенсер 1 гр и аппликатор 200 мм
STA2003	PerClot Стандарт XL 3 гр	Диспенсер 3 гр и аппликатор 200 мм
LAP3801	PerClot лапароскопический 1 гр	Диспенсер 1 гр и аппликатор 380 мм
LAP3803	PerClot лапароскопический 3 гр	Диспенсер 3 гр и аппликатор 380 мм

Показания к применению

PerClot предназначен для использования во время хирургических вмешательств или при травмах в качестве дополнительного гемостатического средства, в случаях, когда традиционные способы остановки капиллярных, венозных или артериальных кровотечений, такие как давление, наложение швов и другие, неэффективны или непрактичны.