

# ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**2**  
**2015**

Ежеквартальный научно-практический журнал

## УЧРЕДИТЕЛИ:

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия  
Министерство здравоохранения Забайкальского края  
Забайкальская ассоциация врачей  
Министерство здравоохранения Республики Бурятия  
Медицинский центр "Бриг"  
Региональная дирекция медицинского обеспечения на Забайкальской железной дороге

## АДРЕС РЕДАКЦИИ:

672090, Чита,  
ул. Горького, 39-а  
Редакционно-издательский центр ЧГМА  
Телефон (3022) 32-00-85  
Факс (3022) 32-30-58  
E-mail: [pochta@chitgma.ru](mailto:pochta@chitgma.ru)

Технический редактор Ю.Г. Чернова  
Корректор И.Б. Девикова

Подписано в печать 18.06.2015 г.  
Формат 60x88 1/8  
Уч.-изд. л. - 4,8  
Заказ 85/2015  
Тираж 100

Редакционно-издательский центр  
ЧГМА  
ИД № 03077 от 23.10.2000.

## Редакционный совет:

М.Н. Лазуткин  
В.В. Кожевников  
Р.Р. Биктогиров  
Б.И. Кузник  
В.И. Полынцев

## Редакционная коллегия:

Главный редактор А.В. Говорин  
Заместители гл. редактора: Н.В. Ларёва,  
В.В. Горбунов

Т.Е. Белокриницкая	И.С. Пинелис
Н.И. Богомолов	В.Ю. Погребняков
Ю.А. Витковский	В.П. Смекалов
И.Н. Гаймоленко	Н.Н. Цыбиков
Н.В. Говорин	Н.Ф. Шильникова
С.Л. Лобанов	Ю.А. Ширшов
Ю.В. Пархоменко	

Отв. секретарь А.Г. Сумбаев

## СОДЕРЖАНИЕ

### КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

Панченко А.С., Максимова О.Г., Ерохина Т.М. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ.....	3
---	---

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Малов В.И. КАРДИОНЕФРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	11
--	----

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шильникова Н.Ф., Бобрович В.В. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ, КАК СПОСОБ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	22
---	----

### СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Васеева Е.В., Сущенко Р.А., Помулева Т.В., Щербак Е.И., Рыжих Т.В., Тимошенкова И.В., Екинцева Н.В., Шмаков Е.М. НЕЙРОБЛАСТОМА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА.....	27
Размахнин Е.В., Кудрявцева О.Г., Гунько И.И. СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	29
Рацина Е.В., Зайцев Д.Н., Рослов В.А., Мыльников М.С. РАЗВИТИЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ ГЕМАТОМЫ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ.....	32
Рудакова Л.Ю., Пинелис И.С., Понуровская А.А., Лесков В.В. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АКТИНОМИКОЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	35
Трусова Ю.С., Чепцов Ф.Р., Чепцова С.А., Моисеев В.В., Лаврентьева А.А., Шаповалов К.Г. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ФЛЕБОТРОМБОЗОМ, ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	37

### ИНФОРМАЦИЯ

Белокриницкая Т.Е. IV КРАЕВАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ "АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ".....	40
--	----

Саклаков А.В. ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ "АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ".....	42
---	----

### МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ.....	44
---	----

### ЮБИЛЕЙ

Новопашина Г.Н.....	83
Ерофеева Л.Г.....	84
Ракина О.И.....	85

НЕКРОЛОГ.....	86
---------------	----

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ****УДК 616-006.311- 053.3**Панченко А.С.<sup>1</sup>, Максимова О.Г.<sup>1</sup>,  
Ерохина Т.М.<sup>2</sup>**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА  
И ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ**<sup>1</sup>ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)<sup>2</sup>ГУЗ Краевая детская клиническая больница (главный врач - В.В. Комаров)

Сосудистые аномалии представлены широким клиническим спектром образований - от малых нарушений окраски кожи до значительных по протяженности и объему образований, которые могут поражать конечности и внутренние органы, вызывая развитие жизнеугрожающих состояний.

Гемангиома новорожденных является наиболее частой опухолью, встречается в 1,1-2,6 % случаев [6], другие авторы представляют более высокие данные - 4-10 % [21]. Отмечается преимущественно у девочек, недоношенных и маловесных детей.

Гемангиома является доброкачественной сосудистой аномалией, и представляет собой опухоль, исходящей из гиперплазированного эндотелия. Не менее 10 % гемангиом носят деструктивный характер [4, 6, 8, 9, 14, 19, 21, 22, 23].

Одной из особенностей гемангиом является их способность к самостоятельной регрессии, что определяет дифференцированный подход к лечению. В случаях быстрого роста и критических локализаций (область лица, околоушная область, половые органы) выжидательная тактика и неадекватный выбор метода лечения могут привести к развитию тяжелых косметических дефектов и даже к возникновению критических состояний [6, 7, 8, 13, 19, 22, 23].

Несмотря на повышенный интерес хирургов к этой проблеме и множество разработанных методик лечения, отсутствуют четкие критерии выбора метода терапии и его эффективности. В связи с этим проблема лечения гемангиом остается крайне актуальной [6, 7].

Некорректная номенклатура и отсутствие единой классификации ведут к неправильной интерпретации, ошибочной диагностике и неадекватному лечению сосудистых аномалий.

Термин "ангиома" внедрил Вирхов в XIX столетии. Он первым описал гистологические

черты сосудистых образований и на основании микроскопической архитектоники капилляров их разделил на простые, кавернозные и раце-мозные [20, 22].

Некоторые зарубежные авторы пользуются классификацией, предложенной Mulliked в 1996 г. и принятой Международным обществом по изучению сосудистых аномалий (ISSVA). Согласно этой классификации, сосудистые аномалии делят на опухоли и мальформации по клеточным характеристикам и клиническому течению. Так, сосудистые опухоли включают в себя врожденные быстроинволютирующие и неинволютирующие гемангиомы, гемангиоэндотелиомы Капоши, ангиобластомы и другие редкие опухоли. К сосудистым мальформациям относятся капиллярные, венозные, лимфатические, артериовенозные мальформации, синдром Клиппеля-Треноне, а также комбинированные мальформации (капилляро-венозные, лимфатико-венозные, капилляро-артериовенозные) [22].

Существует классификация, основанная на физических характеристиках, природе развития и клеточных чертах, согласно которой сосудистые аномалии подразделяют на сосудистые опухоли (гемангиома, гемангиоэндотелиома Капоши, ангиобластома), сосудистые мальформации с медленным потоком (капиллярные, венозные и лимфатические мальформации), сосудистые мальформации с быстрым потоком (артериовенозные фистулы и артериовенозные мальформации) и комбинированные сосудистые мальформации (синдром Клиппеля - Треноне, синдром Паркса - Вебера) [20, 21].

Российские хирурги используют классификацию, предложенную С. Терновским в 1959 г. Она основана на морфологических особенностях гемангиом и наиболее удобна для практикующих врачей. Выделяют простые гемангиомы (располагающиеся на коже), кавернозные (располагающиеся под кожей), комбинированные (имеющие кожную и подкожную часть) и смешанные гемангиомы (сочетающиеся с другими опухолями-лимфомой, кератомой, фибромой и др.) [5, 8, 10].

**Этиология и патогенез.** До настоящего времени не найдено специфических генных мутаций и очевидных признаков наследственности, ответственных за возникновение гемангиом. Неизвестны триггеры ангиогенеза.

В развитии гемангиомы проходят две фазы: пролиферативную и инволютивную. Пролифе-

ративная фаза развития характеризуется прогрессирующим ростом опухоли, что обусловлено наличием рыхлых, быстро делящихся эндотелиальных клеток, формирующих массу синусоидальных сосудистых каналов. Васкуляризируется образование крупными питающими артериями и дренирующими венами. Последующая спонтанная регрессия, в инволютивной фазе, связана с постепенным снижением эндотелиальной активности, редукцией ангиогенеза, апоптозом эндотелиальных клеток, расширением васкулярных каналов. Опухоль принимает лобулярную архитектуру, замещаясь фиброно-жировой стромой и мелкими капиллярами.

Переход от пролиферации к инволюции регулируется факторами, влияющими на ангиогенез и коллагенообразование, что непосредственно приводит к морфологическим изменениям опухолевой ткани. Из них изучены: сосудистый фактор эндотелиального роста А, фибробластный фактор роста, тканевые ингибиторы матриксных металлопротеиназ, матриксная металлопротеиназа-1, интерлейкин-6, моноцитарный хемоактивный протеин-1, коллагеназа IV типа, мерозин, специфическая для эндотелия гемангиом эритроцитарная глюкозотрансфераза-1, факторы зрелости эндотелия CD31 и фактор Виллебранда [16, 20, 22, 23].

Ангиогенные молекулы воздействуют на эндотелиальные клетки и перициты, инициируя формирование капиллярной сети. Предположительно возникновение гемангиомы может быть как результатом локального уменьшения ингибиторов ангиогенеза, так и следствием увеличения продукции стимулирующих факторов [4, 22].

**Клиника.** Простые кожные гемангиомы представлены образованиями красного цвета, зачастую с бугристой поверхностью, возвышающимися над поверхностью кожи. Кавернозные гемангиомы располагаются в подкожной клетчатке, ткань их определяется как опухолевидное образование синеватого цвета. Комбинированные гемангиомы имеют кожную и подкожную части. Смешанные опухоли представлены сочетаниями с лимфомой, фибромой, липомой, кератомой [10, 21, 22].

Опухоль может иметь капсулу или расти диффузно. При надавливании отмечается уменьшение образования с последующим быстрым восстановлением прежних размеров после устранения компрессии.

Локализуясь в области гортани, гемангиомы бывают причиной стридора и обструкции

дыхательных путей. Объемные гемангиомы печени могут приводить к развитию вторичной сердечной недостаточности, гемангиомы лица к некрозу тканей с косметическими дефектами век, носа, губ, ушей. Перiorбитальные опухоли и поражения век способствуют нарушению зрения, развитию амблиопии. Гастроинтестинальные локализации встречаются очень редко, но могут стать причиной желудочно-кишечного кровотечения.

Проявляются гемангиомы в периоде новорожденности обычно в первые две недели жизни. Предшествующие кожные симптомы выявляются у 30-40 % пациентов. Наиболее частыми локализациями служат голова и шея (60 %), различные участки тела (25 %), конечности (15 %). В 20 % случаев наблюдаются множественные гемангиомы [22].

Гемангиомы характеризуются быстрым ростом в возрасте 6-8 мес. с последующим плато в 10-12 мес. Инволютивные изменения в опухоли появляются в возрасте около 1 года и могут продолжаться до 7 лет, полная регрессия наступает к 5-12 годам [19, 21]. Данные о частоте самопроизвольной регрессии противоречивы. По наблюдениям одних авторов, этот процесс возможен в 5-10 % случаев [4, 8, 9], по данным других - в 15 % [14, 21]. По мнению Robert M. Aresman et al. (2000), около 70-90 % гемангиом могут регрессировать самостоятельно, за исключением распространенных опухолей и опухолей критических локализаций [19].

В инволютивной фазе опухоль уменьшается в размерах, бледнеет, на ее поверхности появляются участки кожи. В дальнейшем у 50 % пациентов на месте регрессировавшей гемангиомы определяется нормальная кожа. У детей, имевших объемные опухоли, может оставаться избыток кожи с желтушной окраской, а при изъязвлении - рубцы, требующие оперативной коррекции [5].

Выделяют общие и местные осложнения. Местные осложнения отмечаются приблизительно у 5 % больных и чаще представлены изъязвлениями и кровотечениями [13, 20-22].

Из системных осложнений следует отметить тромбоцитопению при синдроме Казебаха-Меррита с захватом тромбоцитов опухолью, а также гипотиреозидизм. Развитие гипотиреозидизма связано с инактивацией циркулирующего тиреоидного гормона 3-йодтирониндейодиназой, которая вырабатывается гемангиомой. Данное состояние самопроизвольно исчезает

после инволюции опухоли, однако следует учитывать возможность этого осложнения и осуществлять контроль уровня тиреотропного гормона в крови [20, 22].

**Диагностика.** Постановка диагноза при наружной локализации гемангиомы обычно не является затруднительной и возможна в 90 % случаев. Определенные трудности возникают при дифференцировке с другими сосудистыми опухолями и мальформациями. В этих случаях диагностически значимыми являются лучевые исследования и определение уровня ангиогенных факторов для верификации фазы развития гемангиомы.

Лучевые методы позволяют определить реологические особенности и распространенность образований.

Ультрасонография с цветным доплером позволяет дифференцировать аномалии с быстрым и медленным потоком. Однако в пролиферативной фазе гемангиома дает особый направленный и обратный сигнал, который даже опытному специалисту трудно отличить от сигнала при артериовенозных мальформациях.

Наиболее информативной является магнитно-резонансная томография (МРТ), с помощью которой можно определить распространенность образования и его реологические особенности. По данным МРТ гемангиома состоит из паренхиматозной (солидной) ткани средней интенсивности на T1-взвешенном изображении и средней гиперинтенсивности на T2-взвешенном изображении.

Магнитно-резонансная томография позволяет дифференцировать практически все типы сосудистых мальформаций за исключением кожных капиллярных пятен. Венозные мальформации имеют высокоинтенсивный сигнал на T2-взвешенных изображениях. Диагноз подтверждает наличие флеболитов [1, 11, 22].

Компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением используется реже в связи с лучевой нагрузкой. Однако этот метод позволяет точнее дифференцировать лимфатические, венозные и лимфатико-венозные мальформации. Компьютерная томография дает более точную информацию при исследовании внутрикостных сосудистых мальформаций и вторичных костных изменений.

Артериография, как наиболее инвазивная методика, используется исключительно для диагностики сосудистых аномалий в сочетании с терапевтической сверхселективной эмболи-

зацией. Внутривенная дигитальная субтракционная ангиография является относительно неинвазивным способом, позволяет дифференцировать высоковазуляризованные образования от неактивных, но не обладает разрешающими возможностями стандартной ангиографии и артериальной дигитальной ангиографии. Ангиография дает информацию о размерах образования и питающих его сосудах, а также позволяет дифференцировать гемангиомы от пороков развития сосудов [18, 19].

Помимо лучевых методов исследования в определении фазы развития гемангиом значимыми являются качественные и количественные показатели ангиогенных факторов.

**Дифференциальная диагностика** проводится между быстроинволютирующими и неинволютирующими гемангиомами, сосудистыми мальформациями и злокачественными опухолями на основании клинических, радиологических, гистопатологических и гемодинамических исследований.

Быстроинволютирующие гемангиомы не растут после рождения и полностью регрессируют к 8-14 месяцам. Обычно они куполообразно возвышаются над поверхностью кожи. Окраска их варьирует от красной до синюшной с бледным кольцом по периферии. В отличие от типичных гемангиом могут выявляться пренатально. Неинволютирующие гемангиомы не регрессируют и могут требовать оперативного удаления.

Глубоко расположенные гемангиомы, особенно при наличии внутриопухолевых кровоизлияний, следует дифференцировать с лимфатическими, лимфатико-венозными сосудистыми мальформациями.

Злокачественные опухоли внешне схожи с гемангиомой новорожденных, но зачастую болезненны при пальпации, сопровождаются отеком вследствие инфильтрации окружающих вен, иногда метастазируют в лимфоузлы, легкие, кости. Характерны нарушения общего состояния ребенка, снижение массы тела, бледность, субфебрилитет, анемия, увеличение СОЭ [9, 22].

Гемангиоэндотелиома Капоши, которая ранее ошибочно считалась "агрессивной" гемангиомой, может выявляться после рождения или развиваться в раннем постнатальном периоде. Локализуется она на теле, плечах, бедрах, иногда ретроперитонеально. Цвет ее на поверхности обычно сиреневый, с блестящей прилежа-

щей кожей. При росте гемангиоэндотелиома Капоши прорывает кожу, подкожную клетчатку, мышцы и в отличие от гемангиом может вызывать деструктивные изменения в подлежащей кости.

Гемангиоэндотелиома часто ассоциирована с синдромом Казебаха - Меррита, который характеризуется тяжелой тромбоцитопенией потребления, обусловленной захватом тромбоцитов опухолью. Выраженная тромбоцитопения приводит к высокому риску развития гастроинтестинальных, плевропульмональных, интраперитонеальных и интракраниальных кровотечений. Смертность при этих образованиях достигает 20-30 %. Обычная гемангиома никогда не приводит к развитию синдрома Казебаха- Меррита.

Ангиобластома (ангиобластома Nagakawa) может быть врожденной и приобретенной. Наиболее частая ее локализация такая же, как и при гемангиоэндотелиоме Капоши, однако в отличие от последней контуры ее нечеткие, консистенция мягкая, окраска тускло-красная или сиреневая, поверхность неровная. Гистологически они различаются особенностями клеточного и лобулярного строения.

В дифференциальной диагностике с фибросаркомой новорожденных, рабдомиосаркомой, глиомой полезной является МРТ. При малейшем подозрении на злокачественную природу следует выполнять биопсию [9, 15, 21, 22].

Пиогенные гранулемы редко появляются в возрасте до 6 месяцев. Они ассоциированы с минимальной травмой и характеризуются быстрым ростом и наличием узкого основания. Предшествующие изменения кожи обычно отсутствуют.

**Лечение.** Несмотря на многолетний повышенный интерес хирургов к вопросу лечения гемангиом, единая лечебная доктрина до сих пор не создана. Многообразие форм, локализации и распространенности диктуют необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения. В конкретных клинических ситуациях врачи принимают весьма неоднозначные тактические решения. По-прежнему нет общепризнанного мнения в отношении оптимальных сроков и методов терапии. Разработано множество методов системного и локального воздействия на ткань гемангиомы. Однако, к сожалению, по данным статистики, процент низкой эффективности остается достаточно высоким [6]. Неадекватный выбор ле-

чения, развитие осложнений приводят к неудовлетворительным косметическим результатам.

Основными направлениями лечения являются системное воздействие на ангиогенез и локальное воздействие на опухолевую ткань. Системная фармакологическая терапия осуществляется кортикостероидами, рекомбинантным интерфероном, цитостатиками,  $\beta$ -адреноблокаторами. К локальным методам относятся оперативное удаление, криотерапия, электрокоагуляция, склерозирующая терапия, лазерная деструкция, рентгенотерапия, эмболизация питающих сосудов, компрессионная терапия [2, 6, 7, 8, 21, 22, 25, 26, 27].

Системное воздействие основано на ингибции факторов ангиогенеза. Первым рядом препаратов системной терапии являются кортикостероиды, применяемые в лечении этой патологии с 1960 г. Уровень чувствительности к ним достигает 80-90 %. Клиническая динамика обычно отмечается в течение 1-й недели в виде уменьшения напряженности, а затем и массы опухолевой ткани, побледнении окраски.

Кортикостероиды назначают в дозе 2-3 мг/кг/сут. При обширных гемангиомах, вызывающих обструкцию дыхательных путей либо сопровождающихся развитием сердечной недостаточности, дозы увеличиваются до 5 мг/кг/сут. Побочными эффектами лечения являются временная недостаточность коры надпочечников, обратимая задержка роста, снижение иммунитета, появление вторичных признаков катаракты, повышение артериального давления, патология желудочно - кишечного тракта [9, 17, 18, 20-23]. По мнению В.В. Шафранова, гормональная терапия является вспомогательным методом ввиду недостаточной эффективности (полное излечение отмечается лишь у 2 % детей) и необходимости сочетания с другими методами [8].

Использование рекомбинантного интерферона может быть чревато развитием спастической диплегии, которая отмечается в 5-12 % случаев. По данным Немецкого общества детской хирургии, риск развития данного осложнения значительно выше и достигает 25-30 %. Могут наблюдаться и другие, обратимые, побочные эффекты в виде лихорадки на протяжении первых недель лечения, анемии, нейтропении, повышения печеночных трансаминаз [20, 21].

По данным некоторых клиник, при стероидонечувствительных образованиях альтернативой интерферону могут быть цитостатики, в

частности винкристин, в низкодозовых высокочастотных режимах - 0,5 мг/м<sup>2</sup> или 0,025 мг/кг/нед у детей весом менее 20 кг либо циклофосфамид коротким курсом в дозе 10 мг/кг/сут. Однако эти препараты не нашли широкого применения в связи с выраженной нейротоксичностью. Винкристиновые нейропатии проявляются чувствительными, иногда двигательными расстройствами, возможны сенсорно-двигательные расстройства, судороги, психические нарушения, лейкопения. Наиболее частым и серьезным осложнением является паралитическая кишечная непроходимость. При отмене препарата или снижении дозы нейропатии, индуцированные винкристином, в большинстве случаев исчезают [17, 18].

В связи с побочными эффектами, которые развиваются при проведении терапии кортикостероидами, интерфероном и цитостатиками, значительный интерес вызывают исследования, связанные с использованием селективного  $\beta$ -адреноблокатора пропранолола в лечении обширных гемангиом с угрозой обструкции дыхательных путей. В 2008 г. во Франции экспертная группа впервые сделала доклад об эффективном использовании пропранолола у 11 детей грудного возраста с быстрорастущими гемангиомами критических локализаций, не подлежащими хирургическому лечению. В последующем лечение пропранололом было успешно проведено 21 ребенку. Терапия проводилась в начальной дозе 0,5 мг/кг/сутки с повышением дозы до 2 мг/кг/сутки.

В Великобритании совместно с кардиологами разработан протокол лечения, согласно которому доза препарата титруется до 1 мг/кг три раза в сутки [26]. В соответствии с рекомендациями Saint Louis University School of Medicine пропранолол следует применять в начальной дозе 0,16 мг/кг массы тела, при нормальной гликемии и отсутствии нарушений витальных функций доза препарата увеличивается до 0,67 мг/кг, не превышая 2,0 мг/кг/сут в три приема. В последующем доза постепенно снижается в течение двух недель.

К побочным эффектам пропранолола относятся брадикардия, гипотония, бронхоспазм, гипогликемия, обусловленные редукцией липолиза, гликогенолиза и глюконеогенеза [25]. Рекомендуется избегать применения пропранолола у новорожденных первой недели жизни, так как они склонны к спонтанной гипогликемии в адаптационном периоде [25].

Описаны случаи эффективного применения другого  $\beta$ -адреноблокатора - ацебутола в дозировке 10 мг/кг/сут. Однако после отмены данного препарата отмечалось появление отека в области опухоли, что потребовало пролонгации лечения до возраста 1 год [27].

Компрессионную терапию, безопасную и эффективную, следует применять при любых гемангиомах, если только их локализация позволяет использовать этот метод, и даже в тех случаях, когда имеются осложнения. Применяются два вида компрессионного лечения - постоянная компрессия и периодическая. Механизм действия данного метода неизвестен. Возможно, сдавление способствует запуску сосуда, повреждению и пролиферации эндотелия с тромбозом, что приводит к ранней инволюции гемангиомы. Желательно осуществление постоянной компрессии по всей поверхности.

В некоторых случаях, при небольших гемангиомах, с успехом применяются термодеструкция [10, 14], склерозирование [5], введение кортикостероидов в ткань гемангиомы, криодеструкция [14], сочетание крио- и склерозирующей терапии [6], а также метод комбинации крио- и СВЧ-воздействия в лечении кавернозных гемангиом, разработанный В.В. Шафрановым и соавторами. Данная методика основана на усилении эффекта криогенной деструкции путем повышения теплопроводности ткани после предварительного воздействия на область замораживания сверхвысокочастотным электромагнитным полем (СВЧ ЭМП). По мнению автора, этот способ в большинстве случаев позволяет избежать операции, сокращает сроки лечения, улучшает косметический результат; кроме того, для него нет сложной анатомической локализации [7, 9, 13, 14].

Склерозирующая терапия показана при небольших глубоко расположенных гемангиомах сложной локализации, особенно лица и кончика носа. Хорошие функциональные результаты достигнуты в 99 % случаев и в 98 % случаев - удовлетворительные косметические результаты. Склерозирующие растворы вызывают раздражение тканей, являясь тромбообразующими агентами, которые провоцируют развитие воспалительной реакции, приводящей к фиброзу и облитерации сосудов. Недостатками данного метода являются длительность (до 10 сеансов) и болезненность лечения [5, 8, 18].

Лучевой терапии подлежат гемангиомы

сложных анатомических локализаций, при которых другие методы лечения использовать невозможно (область орбиты, ретробульбарное пространство), а также простые обширные гемангиомы. Эффективность данного метода составляет 97 %, однако могут появляться осложнения в виде атрофии кожного покрова, изменения скелета, дисколорации кожи, появления телеангиоэктазий, нарушения зрения, атрофии грудной железы [5, 7].

Использование лазеротерапии в настоящее время в большинстве случаев считается неоправданным ввиду низкой проникающей способности лазерных лучей (0,75-1,2 мм). К тому же лазерное воздействие несет риск развития осложнений, таких как рубцевание, изъязвление, кровотечение, гипопигментации, которые могут приводить к худшим результатам по сравнению с динамическим наблюдением без лазеротерапии [2, 3, 20-22, 24].

Коммерциализация медицины в данном случае оказала негативное воздействие на результаты терапии, хотя применение новых технологий в лечении различных заболеваний имеет бесспорные преимущества.

Хирургическому удалению, по общему мнению, подлежат гемангиомы, локализующиеся на закрытых участках тела, имеющие широкое основание, осложненные изъязвлением или кровотечением, и в случаях, когда они не поддаются консервативным методам лечения. Оперативное вмешательство также показано при необходимости коррекции остаточных изменений в зоне регрессировавшей гемангиомы после ее самостоятельной регрессии либо после проведенной консервативной терапии [5, 8, 10, 12, 13, 20-22].

Высокотехнологичным способом редукции кровотока в гемангиоме является эндоваскулярная окклюзия. Но в связи с технической сложностью манипуляции, связанной с небольшим диаметром питающих сосудов и высоким риском системного тромбоза, у новорожденных и детей раннего возраста она не применяется. Успешность эмболизации зависит в большей степени от окклюзии макроваскулярного шунта в опухоли, нежели от окклюзии питающих сосудов [21]. По мнению А.В. Буториной и В.В. Шафранова, достаточными являются эмболизация питающего артериального сосуда и проведение последующего СВЧ-криогенного лечения [8]. Этот метод заключается во введении тромбообразующих материалов в просвет кро-

веносных сосудов через артериальный катетер, установленный под контролем электронно-оптического преобразователя и контрастного рентгенологического исследования. Эмболизация применяется в тех случаях, когда гемангиома не поддается другим методам лечения, при опухолях, осложненных сердечной недостаточностью, кровотечением, или в качестве предоперационной подготовки [18]. Окклюзия в зависимости от характера применяемого материала может быть временной, полупостоянной и постоянной. Для эмболизации используются самые разнообразные материалы, такие как метакрилатовые шарики, баллонные катетеры, цианоакрилатовые тканевые клеи, силиконовая резина, рассасывающаяся желатиновая губка, поливиниловая алкогольная губка, материалы из шерсти и хлопка, аутоотромбы и аутомышцы.

Таким образом, в результате изучения данной литературы можно сделать вывод, что лечение гемангиом у детей является серьезной проблемой. Среди авторов нет единства мнений в отношении выбора метода лечения, отсутствуют объективные критерии прогнозирования, течения патологического процесса и оценки результатов коррекции. Наличие осложнений спонтанного характера, а также косметических дефектов, возникающих в результате общего и местного лечения, требует дальнейших разработок и индивидуализации тактики лечения гемангиом у детей.

Лечение детей с гемангиомами - удел высокоспециализированных хирургических стационаров, имеющих квалифицированные кадры и сертифицированные отделения реанимации и интенсивной терапии. При этом опыт врача, основанный на значительном числе наблюдений, является определяющим в достижении хорошего косметического и функционального результата.

**Клинический случай из практики.** Ребенок А., родился у женщины 24 лет, от 4 беременности, 2 родов. Из анамнеза известно, что беременность протекала на фоне угрозы прерывания на разных сроках (10-11, 23-24 недели), хронической фето-плацентарной недостаточности. Ребенок родился в срок, с оценкой по шкале Апгар 8-8 баллов, с массой тела 2990, длиной тела 53 см. С рождения состояние удовлетворительное. Период адаптации протекал на фоне физиологической желтухи, токсической эритемы. Ребенок выписан домой.

На 18 сутки жизни ребенок поступил в детское отделение ЦРБ с клиническими проявле-



ниями острого ринофарингита. Состояние при поступлении тяжелое за счет гепатомегалии, признаков биллиарной гипертензии. Живот увеличен в объеме за счет увеличенной печени, правая доля печени выступает из-под края реберной дуги на 7 см, плотная, бугристая, пальпация болезненная. Отмечалось расширение венозного рисунка в области груди, живота. В динамике присоединился болевой синдром, нарастание размеров печени по срединеклюничной линии на 4 см, по парастеральной линии до 3 см.

Ребенку проведено полное лабораторное и инструментальное исследование. При обследовании в общем анализе крови отмечалась анемия легкой степени тяжести. При проведении УЗИ органов брюшной полости было увеличено размера печени, паренхима печени (правая доля) неоднородная за счет наличия образования с довольно четкими неровными контурами, размерами 96 x 83 мм, неоднородной структуры: в центре более гипоэхогенное, по периферии - ткань средней эхогенности с участками умеренно повышенной плотности и с гиперэхогенными включениями. При проведении компьютерной томографии органов брюшной полости обнаружено образование правой доли печени, кавернозная гемангиома.

По данным компьютерной томографии брюшной полости с контрастным усилением: печень увеличена в размерах за счет образования в правой доле размерами 82x64x77 мм. Структура образования неоднородная. При контрастном усилении отмечается выраженная васкуляризация образования; определяются крупные сосуды. В отсроченную фазу отмечается неравномерное накопление контраста за счет полостей просветления. Паренхима в правой доле определяется по периферии. Структура паренхимы в левой доле печени однородная, плотность не изменена. Желчный пузырь не определяется.

Учитывая интенсивный рост опухоли, инструментальные данные, не исключающие наличие кавернозной гемангиомы, в лечении назначен преднизолон из расчета 5 мг/кг в сутки. На фоне проводимого лечения состояние ребенка стабильное, при этом отмечалось увеличение размеров живота за счет печени, гормоны отменены.

В результате клинических данных, дополнительных методов исследования ребенку выставлен клинический диагноз: Невирифицированная опухоль правой доли печени? Анемия

смешанного генеза, легкой степени тяжести. Паховая грыжа справа. Физиологическая водянка оболочек яичек. Перинатальное поражение центральной нервной системы, гипоксический - ишемического генеза, восстановительный период. Синдром двигательных нарушений.

Таким образом, данный клинический пример и обзор литературы еще раз доказывают сложность диагностики и лечения сосудистых опухолей в периоде новорожденности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тодуа Ф.И. Гемангиомы при стандартной и динамической компьютерной томографии / Ф.И. Тодуа, Н.С. Никитаев, Г.Г. Кармазановский // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1990. - № 5/6. - с. 119.
2. Изучение криовоздействия и лазерной деструкции на экспериментальную модель сосудистой опухоли человека / Ю.Л. Солдатский, А.Б. Шехтер, А.Д. Понкратенко, В.Н. Малышев // Вестник отоларингологии. - 1995. - № 2. - с. 10.
3. Гелий-неоновый лазер в лечении изъязвившихся гемангиом у детей / Л.В. Преконова, В.А. Мельниченко, Г.П. Лулько, Ю.И. Урсол // Тезисы докладов съезда физиотерапевтов и курортологов Укр. ССР. Одесса, 1991. - с. 108-109.
4. Шафранов В. Спонтанный регресс гемангиом у детей / В. Шафранов, А. Буторина // Врач. - 1997. - № 4. - с. 16-17.
5. Шафранов В. Лечение гемангиом у детей / В. Шафранов, А. Буторина // Врач. - 1996. - № 9. - с. 17-18.
6. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей / Е.В. Кожевников, Н.В. Маркина, В.А. Кожевников [и др.] // Детская хирургия. - 2009. - № 6. - с. 31-34.
7. Комбинированное лечение кавернозных гемангиом у детей / В.В. Шафранов, Ю.В. Тен, Н.В. Куров [и др.] // Детская хирургия. - 1987. - № 8. - С. 8-11.
8. Буторина А.В. Современное лечение гемангиом у детей / А.В. Буторина, В.В. Шафранов // Лечащий врач. - 1999. - № 5. - С. 61-64.
9. Лечение сложных гемангиом у детей // Материалы Всесоюзного симпозиума детских хирургов в г. Ивано-Франковске, 15-16 апр. 1986 г. / Под ред. А.И. Ленюшкина. - М., 1987. - С. 100.

10. Хирургические болезни детского возраста: Учебник: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - Т. 2. - 584 с.
11. Прокоп М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: Учебн. пособие: В 2 т. / Матиас Прокоп, Михаэль Галански / Под ред. А.В. Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - Т. 1. - 416 с.
12. Олейникова Н.Р. Комплексное лечение обширных гемангиом волосистой части головы и лица: Автореф. дисс... на соискание ученой степени канд. мед. наук. / Н.Р. Олейникова. - М., 1981. - 21 с.
13. Головатюк Л.Е. Свободная кожная пластика при лечении гемангиом у детей до года: Автореф. дисс... на соискание ученой степени канд. мед. наук. - Одесса, 1970. - 15 с.
14. Комбинированное лечение гемангиом и доброкачественных образований кожи у детей: Метод. рек. [для врачей - дет. хирургов, дерматологов, онкологов, косметологов] / Сост.: В.В. Шафранов, В.А. Кожевников. - М., 1994. - 13 с.
15. Тихонов Ю.А. Пороки развития периферических кровеносных и лимфатических сосудов у детей: Автореф. дисс... на соискание ученой степени канд. мед. наук. - М., 1970. - 21 с.
16. Біла Н.В. Трансформуючий фактор росту, матриксні металопротеїнази та функціональний стан нирок при артеріальній гіпертензії: Автореф. дис... на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. - Харків, 2006. - 19 с.
17. Чекман И.С., Плещук А.П., Пятак О.А. и др. Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии / Под ред. И.С. Чекмана, А.П. Плещука, О.А. Пятака. - К.: Здоров'я, 1987. - 736 с.
18. Ашкрафт К.У. Детская хирургия: пер. с англ. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. - СПб. : ООО "РАРИТЕТ". - М., 1999. - 400 с.
19. Aresman Robert M. Pediatric surgery/ Robert M. Aresman, Daniel A. Bambini, P. Stephen Almond. - Georgetown, Texas U.S.A.: LANDES BIOSCIENCE, 2000. - 464 p.
20. Ashcraft K.W. Pediatric surgery / Ed. by K.W. Ashcraft, G.W. Holcomb, J.P. Murphy. - 4th ed. - Philadelphia: ELSEVIER SAUNDERS, 2005. - 1163 p.
21. Holcomb G.W. Ashcraft's Pediatric Surgery / George Whitfield Holcomb III, J. Patrick Murphy. - 5th ed. - Philadelphia: SAUNDERS ELSEVIER, 2010. - 1101 p.
22. Grosfeld J.L., O'Neill J.A., Fonkalsrud J.E.W., Coran A.G. Pediatric surgery: in 2 v. / Ed. by Jay L. Grossfeld. - 6th ed. - Philadelphia: MOSBY ELSEVIER, 2006. - Vol. 2. - P. 1141-2146.
23. Shoshana Greenberger, Elisa Boscolo, Irit Adini et al. Corticosteroid Suppression of VEGF-A in Infantile Hemangioma-Derived Stem Cells // N. Engl. J. Med. - 2010. - Vol. 362. - P. 1005-1013.
24. Ceryl M. Burgess. Cosmetic Dermatology / Ed. by Ceryl M. Burgess. - Berlin: Springer-Verlag, 2005. - 170 p.
25. Siegfried Elaine C. More on Propranolol for Hemangiomas of Infancy / Elaine C. Siegfried, William J. Keenan, Saadeh Al-Jureidini // N. Engl. J. Med. - 2008. - Vol. 359. - P. 2846-2847.
26. Holmes W.J., Mishra A., Gorst C., Liew S. Propranolol as First-Line Treatment for Infantile Hemangiomas // Plastic & Reconstructive Surgery. - January 2010. - Vol. 125, Issue 1. - P. 420-421.
27. Bigorre M. Beta-blocking agent for treatment of infantile hemangioma / M. Bigorre, A. K. Van Kien, H. Valette // Plast Reconstr Surg. - 2009. - Vol. 123, Issue 6. - P. 195-196.

**В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ**

УДК 616-08-039.73

Малов В.И.

**КАРДИОНЕФРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

**Сокращения:** АГ - артериальная гипертензия; АД - артериальное давление; Ал - альбумин; АМКР - антагонисты минералокортикоидных рецепторов; АПФ - ангиотензин-превращающий фермент; БРА - блокаторы рецепторов ангиотензина II; ИБС - ишемическая болезнь сердца; ККр - клиренс креатинина; Кр - креатинин; ЛЖ - левый желудочек; МС - метаболический синдром; НПВС - нестероидные противовоспалительные средства; ОКС - острый коронарный синдром; ОПП - острое повреждение почек; ОР - относительный риск; ОХС - общий холестерин; РААС - ренин-ангиотензин-альдостероновая система; рСКФ - расчетная скорость клубочковой фильтрации; СД - сахарный диабет; СКФ - скорость клубочковой фильтрации; ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания; СЭА - суточная экскреция альбумина; ТГ - триглицериды; ТПН - терминальная почечная недостаточность; ХБП - хроническая болезнь почек; ХС-ЛПВП - холестерин липопротеидов высокой плотности; ХС ЛПНП - холестерин липопротеидов низкой плотности; ХСН - хроническая сердечная недостаточность

**Введение.** Концепция ХБП в 2007 г введена в МКБ-10. Многочисленными крупномасштабными международными исследованиями была подтверждена высокая распространенность ХБП, сопоставимая с ИБС и СД. Накопились данные о связях развития сердечно-сосудистой патологии и течения ХБП, особенностях её лечения на фоне ХБП. Претерпела некоторые изменения классификация ХБП (в части оценки степени альбуминурии).

Полученные научные факты легли в основу современных национальных и международных рекомендаций по ХБП 6, 14, 16, АГ 7, кардиоваскулярной профилактике 5, 11, нарушениям липидного обмена 2, 10, 15. ХБП признана независимым фактором риска ССЗ и эквивалентом ИБС по риску сердечно-сосудис-

тых осложнений 10, 15. В 2014 г. опубликована новая версия совместных рекомендаций научного общества кардиологов и научного общества нефрологов России "Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции" 3 (первая версия датирована 2008 годом).

**Определение.** ХБП - наднозологическое понятие, объединяющее всех пациентов с сохраняющимися в течение 3 и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижением их функции.

В случае сохраненной или повышенной СКФ, а также начального её снижения (СКФ  $\geq 60$  -  $< 90$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) для диагноза ХБП необходимо наличие признаков повреждения почек (альбуминурия  $\geq 30$  мг/сут или соотношение Ал/Кр в моче  $\geq 30$  мг/г ( $\geq 3$  мг/моль), изменение осадка мочи, электролитные нарушения, структурные и морфологические изменения, трансплантация почки в анамнезе). При СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> диагноз ХБП выносится даже при отсутствии маркеров повреждения почек.

Классифицировать ХБП в настоящее время рекомендовано по уровню СКФ 6, 14 (см. табл. 1) и по уровню альбуминурии 14 (см. табл. 2).

Таблица 1

Классификация ХБП по уровню СКФ 6, 14

Стадия ХБП	Уровень СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	Описание	Код МКБ-10
С1	>90	Высокая или оптимальная*	N 18.1
С2	60-89	Незначительно сниженная*	N 18.2
С3а	45-59	Умеренно сниженная	N 18.3
С3б	30-44	Существенно сниженная	
С4	15-29	Резко сниженная	N 18.4
С5	<15	Терминальная почечная недостаточность (ДТ)**	N 18.5
Неуточненная			N 18.9

*Примечание:* \* - в отсутствие признаков повреждения почек категории СКФ С1 или С2 не удовлетворяют критериям ХБП, \*\* - если пациент получает заместительную почечную терапию следует указать её вид - диализ (Д) или трансплантация (Т). Стадия С3 (по классификации 2012 г) по последним рекомендациям разбита на С3а и С3б.

Таблица 2

Классификация ХБП  
по уровню альбуминурии [8]

Индексация по степени Показатель, метод оценки	Оптимальная, или незнач. Повышенная A1)	Высокая (A2)	Очень высокая (A3)
Альбумин в моче			
СЭА (мг/сут)	<30	30-300	>300
Ал/Кр мочи (мг/г)	<30	30-300	>300
Ал/Кр мочи (мг/ммоль)	<3	3-30	>30
Общий белок в моче			
СЭБ (мг/сут)	<150	150-500	>500
Об/Кр мочи (мг/г)	<150	150-500	>500
Об/Кр мочи (мг/моль)	<15	15-50	>50

*Примечание:* СЭА - суточная экскреция альбумина, Ал/Кр - отношение альбумин/креатинин, СЭБ - суточная экскреция белка, Об/Кр - отношение общий белок/креатинин.

Основанием для введения в классификацию уровня альбуминурии послужили убедительные данные литературы о том, что риски общей и сердечно-сосудистой смертности, развития ТПН, ОПП и прогрессирования ХБП существенно отличаются в зависимости от уровня экскреции альбумина с мочой. Обоснована более низкая нижняя граница нормы альбуминурии (10 мг/сут или 10 мг альбумина /г креатинина вместо 30, принятых ранее).

Градации альбуминурии и их индексация приняты в соответствии с новыми международными рекомендациями KDIGO, 2012 г. 8 :

A1 - Отношение Ал/Кр мочи <30 или <3 мг/моль - норма или незначительное повышение.

A2 - Ал/Кр мочи 30-300 мг/г или 3-30 мг/моль - умеренное повышение.

A3 - Ал/Кр мочи >300 мг/г или >30 мг/моль - значительное повышение, включая очень высокое при нефротическом синдроме.

Это связано с тем, что подходы к нефропротективной терапии у больных с альбуминурией <10 и 10-29 мг/г (A0 и A1 по Российским рекомендациям 2012 г.) не различаются, им присвоен индекс A1. Стадии A3 и A4 также объединены вместе и индексированы как A3 (см табл. 2). У пациентов, получающих ЗПТ необходимости в индексации альбуминурии/протеинурии нет.

В диагностическом заключении следует обязательно указывать нозологическую фор-

му заболевания с особенностями клинического течения (а в случае проведенной нефробиопсии - и морфологии), а затем - стадию ХБП по степени снижения СКФ и категорию альбуминурии.

Примеры формулировки диагнозов с учетом категорий СКФ и альбуминурии:

1. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. Диабетическая и гипертоническая нефропатия. ХБП С3а А3.

2. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит. Нефротический синдром. Артериальная гипертензия 3 стадии, риск 4. ХБП 5д (постоянный гемодиализ с 12.05.2013).

Использование категорий СКФ и альбуминурии позволяет стратифицировать больных ХБП по риску почечных исходов (снижение СКФ, прогрессирование альбуминурии, ОПП, ТПН) и других осложнений (сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность, эндокринные и метаболические нарушения, лекарственная токсичность) (см. табл. 3).

Можно вычислять формулу по номограммам [4]. Наиболее точным методом оценки СКФ остается клиренсовый метод с использованием 24-часовой пробы Реберга-Тареева.

#### Выявление ХБП у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

- ✓ Для диагностики ХБП у больных с ССЗ или повышенным риском их развития необходимо определить уровень креатинина и рассчитать СКФ по формуле СКД-ЕРІ. Если рСКФ<60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, повторить исследование через 3 месяца или ранее. В утренней порции мочи определить отношение Ал/Кр. Если отношение Ал/Кр>30 мг/г (>3 мг/моль), повторить исследование через 3 месяца или ранее. Выполнить визуализирующие исследования для уточнения наличия почечного повреждения.
- ✓ Если значения СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и/или отношение Ал/Кр>30 мг/г (>3 мг/моль) сохраняются, по крайней мере, 3 месяца, диагностируется ХБП, показано лечение в соответствии с рекомендациями.
- ✓ Если СКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> или быстро снижается или отношение Ал/Кр>30 мг/г (>3 мг/моль)>300 мг/г (30 мг/ммоль), пациента следует направить к нефрологу.
- ✓ Если признаки ХБП отсутствуют, рекомендуется ежегодный контроль выше перечисленных показателей.

Таблица 3

Комбинированный риск прогрессирования ХБП и развития сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и выраженности альбуминурии

				Альбуминурия**		
				A1	A2	A3
				Оптим. Или незн. Повышенная	Высокая	Очень высокая
				<30 мг/г <3 мг/ммоль	30-300 3-30	>300 >30
Категории СКФ (мл/мин/ 1,73м <sup>2</sup> )	C1	Высокая (оптим.)	≥90	Низкий*	Умеренный	Высокий
	C2	Незначительно снижена	60-89	Низкий*	Умеренный	Высокий
	C3a	Умеренно снижена	45-59	Умеренный	Высокий	Очень высокий
	C3b	Существенно снижена	30-44	Высокий	Очень высокий	Очень высокий
	C4	Резко снижена	15-29	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий
	C5	Почечная нед-ть	<15	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

Примечание: \* - низкий риск - как в общей популяции (в отсутствие признаков повреждения почек категорий СКФ C1 или C2 не удовлетворяют критериям ХБП, \*\* - альбуминурия - определяется как отношение альбумин/креатинин в разовой (предпочтительно утренней) порции мочи, СКФ - рассчитывается по формуле СКД-ЕРІ (см. табл. 4).

Таблица 4

Формула СКД-ЕРІ, 2009 г, модификация 2011 г

Раса	Пол	Креатинин сыворотки, мг/100 мл	Формула
Белые и остальные	Женский	≤ 0.7	$144 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,7 - 0,328$
Белые и остальные	Женский	> 0.7	$144 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,7 - 1,21$
Белые и остальные	Мужской	≤ 0.9	$141 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,9 - 0,412$
Белые и остальные	Мужской	> 0.9	$141 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,9 - 1,21$
Азиаты	Женский	≤ 0.7	$151 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,7 - 0,328$
Азиаты	Женский	> 0.7	$151 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,7 - 1,21$
Азиаты	Мужской	≤ 0.9	$149 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,9 - 0,412$
Азиаты	Мужской	> 0.9	$149 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times \text{Кр}/0,9 - 1,21$

### Принципы ведения больных с ССЗ и ХБП

Рост числа больных с почечной патологией в последние годы происходит за счет их вторичного поражения при АГ и СД. Смерть, обусловленная ССЗ, в 10-20 чаще встречается среди больных с ХБП, чем в популяции, а вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений в 25-100 раз выше, чем риск ТПН [8, 13, 17]. Важнейшим положением, определяющим тактику ведения больных с ССЗ и ХБП, является признание ХБП независимым фактором риска развития ССЗ и эквивалентом ИБС по риску осложнений. Пациентов с ХБП относят к группе высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска. Пациенты с ХБП должны получать лечение по поводу кардиальной патологии в полном объеме в соответствии с национальными и международными рекомендациями, если нет противопоказаний.

### Терапевтическая стратегия у пациентов с ССЗ и ХБП:

- ✓ Пациентов с ХБП следует относить к группе высокого риска ССЗ.
- ✓ При лечении ИБС у пациентов с ХБП следует исходить из существующих рекомендаций при отсутствии противопоказаний (коррекция дозы препаратов с учетом СКФ).
- ✓ Антитромбоцитарная терапия может назначаться пациентам с ХБП с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, если нет повышенного риска кровотечения.
- ✓ Лечение СН при ХБП следует проводить в том же объеме, что и у пациентов без ХБП.
- ✓ При болях в грудной клетке пациенты с ХБП должны обследоваться так же, как пациенты без ХБП.

### Артериальная гипертензия

Вопрос о целевом уровне АД у пациентов с ХБП до настоящего времени не имеет одно-

значного решения. Нет достаточного обоснования для введения более строгого (<125-130/75-80 мм.рт.ст.) контроля АД при ХБП.

**Терапевтические стратегии у больных АГ и ХБП [7]:**

- ✓ У всех больных с ХБП следует снижать систолическое АД <140 мм рт ст.
- ✓ Целевое диастолическое АД <90 мм рт ст для всех больных, при СД <85 мм рт ст.
- ✓ При наличии протеинурии или альбуминурии класса А3 возможно снижение систолического АД <130 мм рт ст. при условии мониторинга изменений расчетной СКФ.
- ✓ Блокаторы РААС более эффективны в снижении альбуминурии/протеинурии, чем другие гипотензивные средства и показаны пациентам с АГ при повышенной альбуминурии или явной протеинурии.
- ✓ Рекомендуется комбинировать блокаторы РААС с другими антигипертензивными препаратами.
- ✓ Комбинация двух блокаторов РААС не рекомендуется.
- ✓ Антагонисты альдостерона не рекомендуются при СКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, особенно в комбинации с блокатором РААС, учитывая риск ухудшения функции почек и гиперкалиемии.

При комбинированной терапии сочетание ингибиторов АПФ либо БРА с диуретиками в 1,5 раза увеличивается их антигипертензивный и антипротеинурический эффект. В лечении пациентов с СД 2 типа и АГ хорошо зарекомендовала себя комбинация периндоприл 4 мг/индапамид 1,25 мг (Нолипрел-Форте), она рекомендуется для снижения риска развития микро- и макроангиопатических осложнений.

**Коррекция нарушений липидного обмена**

Пациенты с ХБП относятся к категории очень высокого риска развития смертельных сердечно-сосудистых осложнений. Современные международные рекомендации предлагают в качестве целевых уровней ХС-ЛПНП <2,5 ммоль/л для больных с ХБП с СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и <1,8 ммоль/л для больных с СКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> [11]. Эффективны и безопасны статины. Например, МЗ РФ зарегистрировало новое показание для препарата Инеджи (симвастатин/эзетемиб) в дозе 20/10 мг для профилактики сердечно-сосудистых осложнений при ХБП.

**Рекомендации по лечению нарушений липидного обмена при ХБП [16]:**

- ✓ У взрослых пациентов с впервые диагностированной ХБП (включая больных на диализе и после трансплантации почки) рекомен-

дуется исследование липидного профиля (ОХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ).

- ✓ У взрослых пациентов с ХБП (включая больных на диализе и после трансплантации почки) последующие исследования липидного профиля не требуются для большинства больных.
- ✓ У взрослых пациентов ≥50 лет и рСКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, не находящихся на диализе и не имеющих почечного трансплантата (категории СКФ С3а-С5), рекомендуется лечение статинами или комбинацией статин/эзетемиб.
- ✓ У взрослых пациентов 18-49 лет и рСКФ ≥60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (категории СКФ С-1-С2) рекомендуется лечение статинами.
- ✓ У взрослых пациентов ≥50 лет, не находящихся на диализе и не имеющих почечного трансплантата, показано лечение статинами в следующих ситуациях: доказанная ИБС (ИМ или коронарная реваскуляризация); СД; ишемический инсульт в анамнезе; 10-летний риск коронарной смерти или несмертельного ИМ >10%.
- ✓ Пациентам, находящимся на диализе, рекомендуется не начинать лечение статинами или комбинацией статин/эзетемиб.
- ✓ У пациентов, уже получающих статин или комбинацию статин/эзетемиб к моменту начала диализа, рекомендуется продолжить их приём на диализе.
- ✓ У реципиентов донорской почки рекомендуется лечение статинами.
- ✓ Взрослым пациентам с ХБП (включая больных на диализе и после трансплантации почки) и гипертриглицеридемией предлагается дать рекомендации по изменению образа жизни.

Особенности дозирования липидснижающих препаратов приведены в таблице 5.

**Метаболический синдром и сахарный диабет 2-го типа.**

Не вызывает сомнения тот факт, что сердечно-сосудистые факторы риска предрасполагают к стойкому ухудшению функции почек. Скринингу на наличие умеренной альбуминурии подлежат те же лица, у которых необходим прицельный поиск ССЗ, особенно страдающие МС. В последнем случае формируется инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, активация симпатической нервной системы и РААС, гиперурикемия и развитие эндотелиальной дисфункции, что приводит к вазоконстрикции и активации тромбогенеза. Особенности применения сахароснижающих препаратов при СД в зависимости от функционального состояния почек приведены в таблице 6.

Таблица 5

## Дозирование липидснижающих препаратов при ХБП 16

Препарат	Нет ХБП или ХБП 1-2 стадии	ХБП 3 стадии	ХБП 4-5 стадии	Почечный трансплантат
Статины (мг/сутки)				
Аторвастатин	10-80	10-80	10-80	10-20
Флувастатин	20-80	20-80	10-80	10-80
Ловастатин	10-80	10-80	10-40	10-40
Правастатин	10-40	10-40	10-20	10-20
Розувастатин	5-40	5-20	5-10	5
Симвастатин	5-40	5-40	5-20	5-20
Фибраты (мг/сутки)				
Безафибрат	400-600	200		
Ципрофибрат	200	Неизвестно		Неизвестно
Фенофибрат	96	48		
Другие (мг/сутки)				
Эзетемиб	10	10	10	Неизвестно
Никотиновая кислота	2000	2000	1000	Неизвестно

Таблица 6

## Применение сахароснижающих препаратов при ХБП 1, 14, 16

Препарат	Умеренная ХБП		Тяжелая ХБП	ТПН
	СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )			
	60-45	45-30	30-15	<15 или диализ
Метформин*	Коррекции дозы не требуется		Коррекция дозы	
Глибенкламид (в том числе микронизированный)	Не показан			
Гликлазид и Гл. МВ	Коррекции дозы не требуется		Коррекция дозы	Не показан
Глимепирид	Коррекции дозы не требуется		Коррекция дозы	
Гликвидон	Коррекции дозы не требуется			Не показан
Глипизид и Г ГИТС	Коррекции дозы не требуется			Не показан
Репалинид	Коррекции дозы не требуется			Не показан
Натеплинид	Коррекции дозы не требуется		Коррекция дозы	
Пиоплитазон	Коррекции дозы не требуется			Не показан
Росиглитазон	Коррекции дозы не требуется			Не показан
Ситаглиптин	Коррекции дозы не требуется		Коррекция дозы**	
Вилдаглиптин	Коррекции дозы не требуется		Коррекция дозы**	
Саксаглиптин	Коррекции дозы не требуется		Коррекция дозы**	
Линаглиптин	Коррекции дозы не требуется			
Эксенатид	Коррекции дозы не требуется		Не показан	
Лираглутид	Коррекции дозы не требуется, применять с осторожностью		Не показан	
Акарбоза	Коррекции дозы не требуется		Не показан	
Дапаглифозин	Не показан			
Эмпаглифлозин	Коррекции дозы не требуется		Не показан	
Инсулины***	Коррекции дозы не требуется			

Примечание: \* - прием может быть продолжен до СКФ <45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, при отсутствии других противопоказаний, \*\* - коррекция дозы при/до СКФ <50 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, \*\*\* - при прогрессировании ХБП снижается потребность в инсулине, что может привести к гипогликемии.

Высокая распространенность снижения СКФ в популяции определяется, главным образом, нефропатиями метаболического генеза (диабетического, уратного, ассоциированного с ожирением), а также гипертоническим нефроангиосклерозом, поэтому одним из основных глобальных подходов к профилактике ХБП является своевременное устранение факторов, приводящих к их развитию. Антигипертензивное, гиполипидемическое, антигиперурикемическое лечение и контроль гликемии являются частью нефро-кардиопротективной стратегии.

#### Хроническая сердечная недостаточность

Нарушенная функция почек является важнейшим предиктором неблагоприятного прогноза у больных с ХСН и фракцией выброса ЛЖ. При СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> риск смертности увеличивается в 2,1 раза, при сниженной систолической функции ЛЖ риск смерти при наличии почечной недостаточности возрастает в 3,8 раза, а при неизменной систолической функции - в 2,9 раза. У пациентов с ХСН, особенно при уже имеющихся признаках почечной дисфункции, после назначения блокаторов РААС и спиронолактона ухудшается функция почек, что ограничивает их применение.

У больных с ХСН и ХБП проводимая тера-

пия должна соответствовать требованиям современных рекомендаций [14], но осуществляться под контролем функции почек, начиная с минимальных доз препаратов (см. таблицу 7).

#### Алгоритм назначения блокаторов РААС (ингибиторов АПФ и БРА) пациентам с ХСН и риском ухудшения функции почек:

- ✓ Противопоказаны при двустороннем стенозе почечных артерий, беременности, наличии в анамнезе ангионевротического отека.
- ✓ Оценить функциональное состояние почек (рСКФ) и уровень калия в сыворотке крови.
- ✓ Назначение блокаторов РААС требует особой осторожности в следующих ситуациях: калий сыворотки >5,0 ммоль/л, креатинин сыворотки >221 мкмоль/л (>2,5 мг/дл), рСКФ<30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, систолическое АД <90 мм рт ст.
- ✓ Начинать лечение с минимальных доз (табл. 7).
- ✓ Удвоение дозы проводить не ранее, чем через 2 недели при амбулаторном ведении пациентов; более быстрое увеличение возможно в стационаре под контролем состояния больного и функции почек.
- ✓ Следует стремиться к достижению целевых или, по крайней мере, максимально переносимых доз препаратов (см. табл. 7).

Таблица 7

Дозирование болезнью-модифицирующих препаратов при ХСН и после инфаркта миокарда с коррекцией по СКФ [12]

Препарат	Начальная доза (мг)	Целевая доза (мг)	Коррекция дозы (%) по СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )		
			>50	10-50	<10
<b>Ингибиторы АПФ</b>					
Каптоприл	6,25 мг×3 р/сут	50 мг×3 р/сут	100	75	50
Эналаприл	2,5 мг×2 р/сут	10-20 мг×2 р/сут	100	75-100	50
Лизиноприл	2,5-5 мг/сут	2,5-5 мг/сут	100	50-75	25-50
Рамиприл	2,5 мг/сут	5 мг/сут	100	50-75	25-50
Трандолаприл	0,5 мг/сут	4 мг/сут	100	50-100	50
<b>БРА</b>					
Кандесартан	4-8 мг/сут	32 мг/сут	Коррекции дозы не требуется		
Валсартан	40 мг×2 р/сут	160 мг×2 р/сут			
Лозартан	50 мг/сут	150 мг/сут			
<b>Бета-блокаторы</b>					
Бисопролол	1,25 мг/сут	10 мг/сут	100	75	50
Карведилол	3,125×2 р/сут	25-50 мг×2 р/сут	Коррекции дозы не требуется		
Метопролол (CR/XL)	12,5-25 мг/сут	200 мг/сут			
Небиволол	1,25 мг/сут	10 мг/сут	100	100	50
<b>Антагонисты минералокортикоидных рецепторов</b>					
Эплеренон	25 мг/сут	50 мг/сут	Не показан при СКФ <50		
Спиронолактон	25 мг/сут	25-50 мг/сут	Не показан при СКФ <30		



- ✓ Контроль сывороточных уровней креатинина и калия следует проводить через 1-2 недели после начала терапии и через 1-2 недели после последнего повышения дозы, после чего - 1 раз в 4 месяца.
- ✓ При назначении блокаторов РААС следует ожидать некоторого ухудшения функции почек и повышения уровня калия.
- ✓ Повышение уровня креатинина менее, чем на 50% от исходного или до уровня <266 мкмоль/л (3 мг/дл), снижение рСКФ до 25 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, повышение калия до 5,5 ммоль/л допустимо, изменений терапии не требуется.
- ✓ Если уровень креатинина после назначения блокатора РААС повысился на 50-100% от исходного, дозу уменьшить в 2 раза и оценить уровни креатинина и калия через 1-2 недели.
- ✓ При повышении уровня калия >5,5 ммоль/л, креатинина более, чем на 100% или >310 мкмоль/л (3,5 мг/дл), снижения рСКФ <20 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> блокаторы РААС следует отменить и направить пациента на консультацию к нефрологу.
- ✓ При повышении уровней мочевины, креатинина или калия следует оценить возможность отмены нефротоксичных (прежде всего НПВС, аминогликозидов) и калийсодержащих и калийсберегающих препаратов, а при отсутствии застоя - уменьшения дозы диуретиков.
- ✓ Уровни креатинина и калия следует мониторировать до их стабилизации.

#### **Алгоритм назначения диуретиков пациентам с ХСН и риском ухудшения функции почек:**

- ✓ Оценить функциональное состояние почек (рСКФ) и уровень калия в сыворотке крови.
- ✓ Назначение диуретиков требует особой осторожности, если уровень креатинина сыворотки >221 мкмоль/л (>2,5 мг/дл), рСКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, поскольку может привести к ухудшению функции почек (или не дать диуретического эффекта).
- ✓ Комбинация с ингибиторами АПФ или БРА может привести к гипотонии.
- ✓ Комбинация с другими диуретиками (петлевые+тиазидные) повышает риск гиповолемии, гипотонии, гипокалиемии и ухудшения функции почек.
- ✓ Комбинация с НПВС уменьшает диуретический эффект.
- ✓ Начинать лечение с минимальных доз (табл. 8).
- ✓ Контроль сывороточных уровней мочевины,

креатинина, мочевой кислоты, калия следует проводить через 1-2 недели после начала терапии и после повышения дозы.

#### **При ухудшении функции почек:**

- ✓ Исключить гиповолемию/дегидратацию.
- ✓ Отменить нефротоксичные препараты.
- ✓ Не назначать антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР).
- ✓ При комбинации петлевого и тиазидного диуретика отменить тиазидный диуретик.
- ✓ При необходимости - уменьшить дозу ингибиторов АПФ/БРА.

#### **Алгоритм назначения АМКР пациентам с ХСН и риском ухудшения функции почек:**

- ✓ Оценить функциональное состояние почек (рСКФ) и уровень калия в сыворотке крови.
- ✓ АМКР (табл. 8) назначать с особой осторожностью в исключительных случаях при уровне калия <5,0 ммоль/л, креатинина сыворотки <221 мкмоль/л (<2,5 мг/дл), рСКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> [12].
- ✓ Начинать лечение с минимальных доз (табл. 8).
- ✓ Повышение дозы в случае необходимости следует начинать через 4-8 недель после начала лечения.
- ✓ Контроль уровней калия и креатинина сыворотки следует проводить через 1 и 4 недели после начала лечения или повышения дозы, затем - на 8 и 12 неделе, через 6, 9 и 12 месяцев, далее - 1 раз в 4 месяца.
- ✓ Если уровень калия <5,0 ммоль/л, креатинина сыворотки <221 мкмоль/л (<2,5 мг/дл), рСКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, следует уменьшить дозу в 2 раза и контролировать уровни калия и креатинина.
- ✓ Избегать комбинации с калийсодержащими препаратами, калийсберегающими диуретиками, нефротоксичными препаратами (НПВС); некоторые заменители соли содержат значительное количество калия.
- ✓ Тройная комбинация АМКР, и АПФ и БРА противопоказана.
- ✓ При повышении уровня калия <6,0 ммоль/л, креатинина сыворотки <310 мкмоль/л (<3,5 мг/дл), рСКФ <20 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> препарат следует отменить и направить пациента к нефрологу.

#### **Острое повреждение почек при остром коронарном синдроме**

Нарушение функции почек, по данным литературы, встречается у 30-40% больных с острым коронарным синдромом (ОКС), а при

Таблица 8

Дозирование диуретиков при острой и хронической СН  
(с сохраненной и сниженной фракцией выброса) с коррекцией по СКФ [12]

Препарат	Начальная доза (мг)	Обычная доза (мг)	Коррекция дозы (%) по СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )		
			>50	10-50	<10
Петлевые					
Фуросемид	20-40 мг	40-240 мг	Коррекция дозы не требуется		
Буметанид	0,5-1,0 мг	1-5 мг			
Торасемид	5-10 мг	10-20мг			
Тиазидные					
Гидрохлортиазид	25 мг	12,5-100 мг	Не рекоменд. при СКФ <30		
Индапамид	2,5 мг	2,5-5 мг	Не рекоменд. при СКФ <30		
Калийсберегающие					
Спиронолактон/	+И/Б*	-И/Б*	+И/Б	-И/Б	Не показан при СКФ <30/<50 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Эплеренон	12,5-25	50	50	100-200	
Триамтерен	25	50	100	200	Не рекоменд. при СКФ <50

Примечание: \* И/Б - ИАПФ/БРА

Таблица 9

Алгоритм наблюдения пациентов с ХБП

Стадия ХБП	СКФ	Альбуминурия		
		A1	A2	A3
		<30мг/г	30-300 мг/г	>300 мг/г
		<3 мг/ммоль	3-30 мг/ммоль	>30 мг/ммоль
1	≥90		Наблюдение терапевта	Конс/наблюдение нефролога
2	60-89		Наблюдение терапевта	Конс/наблюдение нефролога
3а	45-59	Наблюдение терапевта	Наблюдение терапевта	Наблюдение нефролога
3б	30-44	Наблюдение терапевта	Наблюдение терапевта	Наблюдение нефролога
4	15-29	Конс/наблюдение нефролога	Конс/наблюдение нефролога	Наблюдение нефролога
5	<15	Наблюдение нефролога	Наблюдение нефролога	Наблюдение нефролога

кардиогенном шоке у 70% пациентов. Прогрессированием ХБП считается наличие хотя бы одного из следующих признаков:

- ✓ Снижение СКФ на категорию или больше в сочетании со снижением рСКФ не менее, чем на 25%.
- ✓ Стабильное снижение рСКФ более, чем на 5 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> в год (физиологическим считается возрастное снижение СКФ около 1 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>/год).

Чем чаще мониторировать уровень сывороточного креатинина и дольше период наблюдения, тем выше вероятность выявления прогрессирования ХБП (табл. 9)

**Консультация нефролога необходима пациентам в ситуациях:**

- ✓ Развитие ОПП или подтвержденное снижение СКФ.
- ✓ Постоянная выраженная альбуминурия (Ал/

Кр>300 мг/г или 30 мг/ммоль или экскреция альбумина с мочой >300 мг/сут) или стойкая протеинурия.

- ✓ Прогрессирование ХБП.
- ✓ Появление эритроцитарных цилиндров или эритроцитов >20 в поле зрения в моче.
- ✓ ХБП и резистентная АГ.
- ✓ Стойкое снижение или повышение уровня калия в сыворотке крови.
- ✓ Стойкое снижение удельного веса мочи, полиурия, глюкозурия при нормальном уровне глюкозы в крови.
- ✓ Нефролитиаз (с частым образованием и/или большим количеством конкрементов показана консультация уролога).

Под поздним обращением к нефрологу следует понимать обращение менее чем за год до начала заместительной почечной терапии.

Имеются сведения, что у больных с ХБП

Таблица 10

Дозирование антитромботических препаратов при остром коронарном синдроме, протекающем на фоне ХБП (рСКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>)

Препарат	Рекомендации
Аспирин	Изменения дозы не требуется.
Клопидогрел	Изменения дозы не требуется.
Прасутрел	Изменения дозы не требуется. Нет опыта применения при ТПН/диализе.
Тикагрелор	Изменения дозы не требуется. Нет опыта применения при ТПН/диализе.
Эноксапарин	Не требуется изменения болюсной дозы. После тромболизиса при СКФ < 30 мл/мин вводится обычная доза подкожно 1 раз в сутки.
Нефракционированный гепарин	Не требуется изменения болюсной дозы.
Фондапаринукс	Изменения дозы не требуется. Нет опыта применения при ТПН/диализе
Бивалирудин	- При СКФ 30-59 мл/мин начальную скорость введения следует снизить до 1,4 мг/кг/час. Болюсная доза не требует изменения. - При СКФ < 30 мл/мин и у пациентов на диализе противопоказан.
Абиксимаб	Рекомендации отсутствуют. Тщательная оценка риска кровотечения.
Эптифибатид	- При СКФ 30-59 мл/мин в/в болюсная доза - 180 мкг; затем непрерывная инфузия в дозе 1,0 мкг/кг/мин. - При СКФ < 30 мл/мин препарат противопоказан.

часто развиваются кровотечения вследствие передозировки антитромботических препаратов, дозы которых, при преимущественно почечном пути выведения, нуждаются в коррекции (см. табл. 10).

Профилактика прогрессирования хронической болезни почек:

- ✓ Физические нагрузки с учетом состояния сердечно-сосудистой системы (не менее 30 мин физических упражнений 5 раз в неделю), поддержание ИМТ 20-25 кг/м<sup>2</sup>, прекращение курения.
- ✓ Всем пациентам с ХБК рекомендуется консультация диетолога, а также обучение в рамках образовательных программ соответственно тяжести заболевания и необходимости ограничения в рационе поваренной соли, калия и белка [8].

Высокое содержание белка в рационе (>1,3 г/кг/сут) является фактором риска прогрессирования ХБП. При ХБП 1-2 стадии количество белка должно быть 1,0 г/кг/сут, при 3а и 3б стадиях - 0,8-0,6 г/кг/сут (как пациентам с СД, так и без него), на 4 и 5 стадиях 0,6-0,3 г/кг/сут. Пациентам с ХБП, соблюдающим малобелковую и низкобелковую диету, обязателен контроль пищевого рациона и питательного статуса для профилактики синдрома белково-энергетической недостаточности путём повышения калорийности рациона и назначения

комплекса кетоаналогов незаменимых аминокислот (кетостерил по 1 табл. на 5 кг массы тела в сутки).

Во избежание прогрессирования ХБП имеются ограничения при назначении различных медикаментозных препаратов (см. табл. 11)

Всем пациентам, принимающим потенциально нефротоксичные препараты, независимо от уровня СКФ и наличия ХБП, необходимо проводить регулярный контроль уровня СКФ, электролитов и сывороточной концентрации препарата. Всем пациентам с ХБП следует разъяснить недопустимость приёма каких-либо препаратов, в том числе биологических добавок и трав, без предварительной консультации с врачом.

#### Визуализирующие исследования

Пациенты с ХБП входят в группу высокого риска развития ОПП. При решении вопроса о необходимости проведения исследований с применением рентгенконтрастных препаратов необходимо тщательно взвесить диагностическую ценность ожидаемых результатов и риск развития ОПП. Исследования с внутривенным введением йодсодержащих рентгенконтрастных препаратов у пациентов с ХБП С3а-с5 должны проводиться с учетом клинических рекомендаций по ОПП [12]:

- ✓ Избегать применения высокоосмолярных препаратов.

## Особенности назначения медикаментозных препаратов больным с ХБП [14]

Препараты	Рекомендации по применению
Антигипертензивные/кардиологические	
Блокаторы РААС (ИАПФ, БРА, АМКР, прямые ингибиторы ренина)	Избегать при подозрении на стеноз почечной артерии Начинать с более низких доз при СКФ <45 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Контроль СКФ и калия сыворотки через неделю после начала терапии или увеличения дозы Временная отмена при интеркуррентных заболеваниях, плановом в/в введении рентгенконтрастных препаратов, подготовке к колоноскопии, перед оперативным вмешательством Не отменять при СКФ <30 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> , если нет противопоказаний (нефропротективный эффект)
Дигоксин	Уменьшить дозу с учётом плазменных концентраций
Антикоагулянты	
Низкомолекулярные гепарины	Уменьшить дозу на 50% при СКФ <30 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Попытаться заменить на нефракционированный гепарин или контролировать содержание анти-фактора Ха в плазме при высоком риске кровотечений
Варфарин	Повышенный риск кровотечений при СКФ мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Использовать низкие дозы и строго контролировать международное нормализованное отношение при СКФ < мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Обезболивающие	
НПВС	Избегать назначения при СКФ <30 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Нежелателен длительный приём при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Не применять вместе с препаратами лития Избегать назначения на фоне приёма блокаторов РААС
Опиаты	Уменьшить дозу при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Назначать с осторожностью при СКФ <15 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Антибиотики	
Пенициллин	Риск кристаллурии при СКФ <15 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> и назначении высоких доз Бензилпенициллин нейротоксичен при СКФ <15 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> и назначении высоких доз (максимально 6 г/сут)
Аминогликозиды	Уменьшить дозу на 50%, увеличить интервал между приёмами при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Контроль концентрации в сыворотке крови Избегать одновременного приёма ототоксичных препаратов (фуросемид)
Макролиды	Уменьшить дозу на 50% при СКФ <30 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Фторхинолоны	Уменьшить дозу на 50% при СКФ <15 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Тетрациклины	Уменьшить дозу при СКФ <45 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> ; может усилить уремию
Противогрибковые	
	Избегать назначения амфотерицина при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Уменьшить дозу флуконазола на 50% при СКФ <45 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Уменьшить дозу флуцитозина при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Химиотерапевтические	
Цисплатин	Уменьшить дозу при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Избегать назначения при СКФ <30 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> Уменьшить дозу при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Мелфалан	Уменьшить дозу при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Метотрексат	По возможности избегать назначения при СКФ <60 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
Другие препараты: Литий	Нефротоксичен, может вызвать канальцевую дисфункцию при длительном приёме даже в терапевтической дозе Контроль СКФ, электролитов, концентрации лития каждый месяц или чаще, если изменяется доза или состояние пациента ухудшается Избегать одновременного приёма НПВС Гидратация при интеркуррентных заболеваниях Оценка риск/польза в особых ситуациях

- ✓ Использовать минимальную дозу рентген-контрастного препарата.
- ✓ Отмена потенциально нефротоксичных препаратов до и после проведения исследования.
- ✓ Адекватная гидратация пациента с использованием физиологического раствора до, во время и после проведения исследования.
- ✓ Оценка СКФ через 48-96 часов после исследования.

Применение гадолиний-содержащих контрастных препаратов при ХБП С5 не рекомендуется и допустимо только при невозможности заменить его другими исследованиями. Для пациентов с ХБП С4-С5 рекомендуется использовать гадолиниевые препараты на основе макроциклических хелатных комплексов

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, 7-й выпуск // Сахарный диабет. - 2015. - № 18(1S). - С. 1-112. DOI: 10.14341/DM20151S1-121.
2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр. Москва, 2012 г. Электронный ресурс. - Режим доступа: <http://cardioline.ru/uploads/Full%20Guidelines.pdf> (19 февр. 2015).
3. Клинические рекомендации. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии нефропротекции / М.С. Моисеев, Н.А. Мухин, А.В. Смирнов // Российский кардиологический журнал. - 2014. - № 8 (112). - С. 7-37.
4. Малов В.И. Расчёт скорости клубочковой фильтрации и стратификация стадий ХБП на основе СКД-ЕРІ-метода [Информационное письмо] // В.И. Малов, Е.Г. Батурина. - Чита, 2013. - 7 с.
5. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2011. - Т 10, № 6. Приложение 2 [http://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii\\_rko/](http://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko/)
6. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А.В. Смирнов [и др.] // Нефрология. - 2012. - Т 16, № 1. - С. 89-115.
7. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of adrenal hypertension: the Task Force for the Management of Adrenal Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC). - Eur Heart J. - 2013, V 34. - P 20159-219.
8. Chronic kidney disease as a situation of high added risk in hypertensive patients / J. Segura [et al.] // Am J Soc Nephrol. - 2006. V 17 (Supple 2). - P 136-140.
9. ESC Guidance for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC // Eur Heart J. - 2012. - V 33. - P 1787-847.
10. ESC/EAS Guidelines for management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemia of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) // Eur Heart J. - 2011. - V 32. - P 1769-818.
11. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies of Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited expert) // Eur Heart J. - 2012. - V 33. - P 1635-707.
12. Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury // Kidney Int. (Suppl). - 2012, N 2. - P 1-138.
13. K/DOQI clinical practice guidelines for cardiovascular disease in dialysis patients // Am J Kidney Dis. - 2005. - V 45 (Supple). - P S1-153.
14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease // Kidney Int. (Suppl). - 2013. - V 60, N 5. - P 1-150.
15. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Lipid Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management of Chronic Kidney Disease // Kidney Int. (Supple). - 2013, N 3. - P 259-305.
16. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 update // Am J Kidney Dis. - 2012- V 60, N 5. - P 850-886.
17. The unrecognized prevalence of chronic kidney disease in diabetes / R.J. Middleton [et al.] // Nephrol Dial Transplant. - 2006. - V 26. - P 88-92.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **УДК 614.2**

Шильникова Н.Ф., Бобрович В.В.

### **КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ, КАК СПОСОБ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования предусматривает внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи. С экономической точки зрения проблемной областью является больничный сектор здравоохранения, где неэффективные расходы особенно велики.

В настоящее время, в мировой практике применяются различные методы оплаты медицинской помощи в условиях стационара:

1. Сметное финансирование - фиксированная сумма средств на определенный период времени, выделяемая поставщику на покрытие расходов на используемые ресурсы (например, персонал, лекарственные препараты и расходные материалы, коммунальные услуги и т.д.).
2. Гонорарный метод оплаты - оплата за каждую предоставленную услугу в отдельности. Размер оплаты за услугу (комплекс услуг) является фиксированным и устанавливается предварительно (перспективная оплата).
3. Глобальный бюджет - фиксированная сумма на предоставление определенного набора услуг за каждого пациента, прикрепленного к данному поставщику, на определенный период времени.
4. Оплата за койко-день - фиксированная сумма в расчете на день пребывания пациента в стационаре (тариф может варьировать в зависимости от отделения, категории пациентов, клинических характеристик и иных факторов).
5. Оплата за случай госпитализации - фиксированная сумма в расчете на случай госпитализации, размер которой зависит от диагноза, категории пациента, характера вмешательства, клинических характеристик, включая уровни оказания медицинской помощи и иных факторов.

Одним из эффективных способов оплаты больничной помощи в развитых странах явля-

ется оплата по клинико-статистическим группам (далее КСГ, международный термин - diagnosis-related groups / DRG). Государства, вводящие в практику оплату по КСГ, преследуют одинаковые цели. Основные ожидания от введения системы КСГ связаны с усилением прозрачности предоставления медицинских услуг; обеспечением стимулов рационального распределения ресурсов за счет оплаты по количеству и типу пролеченных случаев, что прогнозирует улучшение качества предоставляемой медицинской помощи.

Первые клинико-статистические группы были разработаны группой исследователей при Йельском университете США под руководством профессора R.Fetter в конце 1960х годов под нужды больничной помощи, а в 1983 году в рамках американской программы Medicare они были впервые внедрены в практику. Уже в 1987 году 15 европейских стран, заинтересованных в проведении исследований и внедрении КСГ, объединились для более эффективного обмена информацией, что способствовало быстрому распространению системы КСГ в Европе.

В связи с различиями в подходах к группировке и применению клинико-статистических групп сама трактовка несколько отличается в разных странах и система, носящая американское название DRG / Diagnosis-Related Groups, может называться иначе в других странах. Сходная классификация в Великобритании известна как HRGs / Health Care Resource Groups, в Канаде - CMG / Case Mix Group.

В русскоязычной литературе используются однородные термины: клинико-затратные группы (КЗГ); клинико-статистические группы (КСГ); диагностически-связанные группы (ДСГ).

Клинико-статистические группы - это классификация, объединяющая болезни в группы, клинически однородные и сходные по ресурсоемкости (однородные по стоимости, затратам, потребляемым ресурсам в ходе лечения).

Выделяют три этапа развития метода КСГ, при этом, в зависимости от целей, государство, реализующее систему, может остановиться на любом из них.

Первым этапом развития метода является создание классификатора, который позволяет объединять заболевания в группы (КСГ) или профили (КПГ), что усиливает "прозрачность" экономической деятельности стационаров. Таким образом, не следует использовать поня-

тия "КСГ", "КПГ" и "оплата по клинко-статистическим группам" как взаимозаменяемые. С точки зрения исторического процесса развития метода создание первых групп и разработка системы оплаты на их основе были разделены десятилетиями активных исследований.

На втором этапе определяются классификационные критерии, позволяющие установить поправочные коэффициенты для соответствующей группы заболеваний.

Следующим шагом является разработка для стационаров финансовых стимулов, основанных на классификаторе КСГ.

Завершающим этапом развития метода КСГ можно назвать использование классификатора для планирования глобального бюджета медицинских организаций в части стационара на микро-уровне и планирования политики в сфере здравоохранения на макро-уровне. Поскольку подход делает результаты деятельности организаций (а соответственно, и расходы) более предсказуемыми, становится возможным более точное планирование на всех уровнях.

При оплате по КСГ основной стратегией больниц становится сокращение длительности лечения пациента и количества медицинских услуг в стационаре. Это может быть связано с оптимизацией процесса оказания медицинской помощи, а может быть связано с необоснованным сокращением сроков лечения, что будет иметь негативное влияние на здоровье пациента.

Суть оплаты по КСГ в большинстве стран составляют коэффициенты затратно-емкости каждой клинко-статистической группы по отношению к базовой ставке стоимости случая госпитализации. Данный коэффициент применяется ко всем заболеваниям, включенным в группу. Для корректировки оплаты в соответствии с региональными или половозрастными различиями в стоимости услуг могут также вводиться дополнительные коэффициенты. Таким образом, стоимость каждого отдельного случая формируется умножением базовой ставки на все применимые к данному случаю коэффициенты.

В системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации, при реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется за закончен-

ный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

Разработка российской модели КСГ начала в 2012 году, когда в трех субъектах Российской Федерации с привлечением специалистов Всемирного банка был проведен анализ затрат медицинских организаций на оказание медицинской помощи в условиях стационара.

Результатом проделанной работы стала первая российская классификация КСГ, разработанная с участием экспертного сообщества.

Увеличение в 2013 году количества регионов, оплачивающих помощь в условиях стационара на основе КСГ, позволило централизованно собрать большой объем информации об оказанной медицинской помощи, которая стала основой для доработки и совершенствования первой российской модели КСГ.

Обновленная (вторая) модель КСГ включала в себя новые классификационные критерии отнесения случаев лечения к конкретным КСГ: возраст, пол, комбинация диагнозов и операций. Также были пересмотрены коэффициенты относительной затратно-емкости и структура групп заболеваний.

Предварительные результаты применения второй модели КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях стационара свидетельствуют об ее эффективности, в первую очередь в части повышения интенсивности работы стационара: снижения средней длительности случая госпитализации и соответствующего ему увеличения показателя работы (занятости и оборота) койки. Также дифференциация оплаты медицинской помощи в зависимости от затратно-емкости конкретных КСГ способствует повышению доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных вмешательств. Статистическая информация, формируемая в рамках системы КСГ, может выступать основой для принятия управленческих решений при распределении объемов медицинской помощи, а также оценки деятельности структурных подразделений и медицинских организаций целом.

В настоящее время КСГ могут быть использованы:

- для классификации случаев госпитализации в клинически однородные группы со сходными характеристиками потребления ресурсов;
- как способ оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, ориентированного на

результаты деятельности медицинской организации;

- как инструмент повышения эффективности работы медицинской организации, интенсификации использования коечного фонда и иных ресурсов;
- как метод планирования деятельности и составления бюджетов медицинских организаций.

С 2015 года реализуется усовершенствованная (третья) модель КСГ, предусматривающая увеличение количества групп по приоритетным направлениям, корректное распределение КСГ по профилям, определение четких подходов к формированию поправочных коэффициентов на региональном уровне, определение механизмов адаптации федеральной модели КСГ с учетом региональных особенностей, определение подходов к оплате сверхкоротких и сверхдлительных случаев лечения.

Третья модель КСГ, включает 258 групп заболеваний для оплаты специализированной медицинской помощи; 30 групп для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС; 64 группы для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС. В структуре новой модели КСГ выделено 16 групп детских болезней, 20 групп оперативного лечения при онкологических заболеваниях, 6 групп химиотерапии при онкологических заболеваниях, 2-х групп с применением тромболитика.

Ожидаемая эффективность реализации данной модели связана с стимулированием хирургической активности, развитием малоинвазивной хирургии, снижением продолжительности пребывания пациента на койке, внедрению ресурсосберегающих методик и технологий, снижением количества необоснованных госпитализаций, устранения причин в отказах госпитализаций "тяжелых" пациентов, оптимизацией системы маршрутизации пациентов по уровням и условиям оказания медицинской помощи. Планируется увеличение стоимости каждого случая лечения в стационаре (в среднем на 25-35%) в виду селекции пациентов и направления "легких" больных в дневные стационары. Предусматривается изменение структуры расходов в системе ОМС за счет перераспределения части денежных средств из стационарного сектора в амбулаторное звено, выполняющее функцию сохранения здоровья жителей региона, развитие дневных стационаров,

центров амбулаторной хирургии, стационаров одного дня .

Для обоснования стоимости законченного случая лечения по КСГ выделены основные и дополнительные классификационные критерии, определяющие группу заболеваний и соответствующие ей поправочные коэффициенты:

#### **I. Основные классификационные критерии, определяющие КСГ:**

1. Диагноз (код по МКБ 10);
2. Отсутствие (терапевтическая группа) или наличие сложных медицинских технологий (оперативное вмешательство, специальный метод лечения и т.д.) по коду хирургического вмешательства в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н.

#### **II. Дополнительные классификационные критерии:**

##### **1. Коэффициент сложности курации (КСКП):**

- 1) Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет);
- 2) Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии;
- 3) Наличие осложнений заболевания (органной/полиорганной недостаточности);
- 4) Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям;
- 5) Предоставление спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;
- 6) Проведение сочетанных хирургических вмешательств, а также однотипных операций на парных органах;
- 7) Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов лечения, относящихся к различным КСГ;
- 8) Сверхдлительные сроки госпитализации (свыше 30 дней), обусловленные медицинскими показаниями.

Коэффициент сложности курации пациента устанавливается тарифным соглашением, не может превышать 1,8.



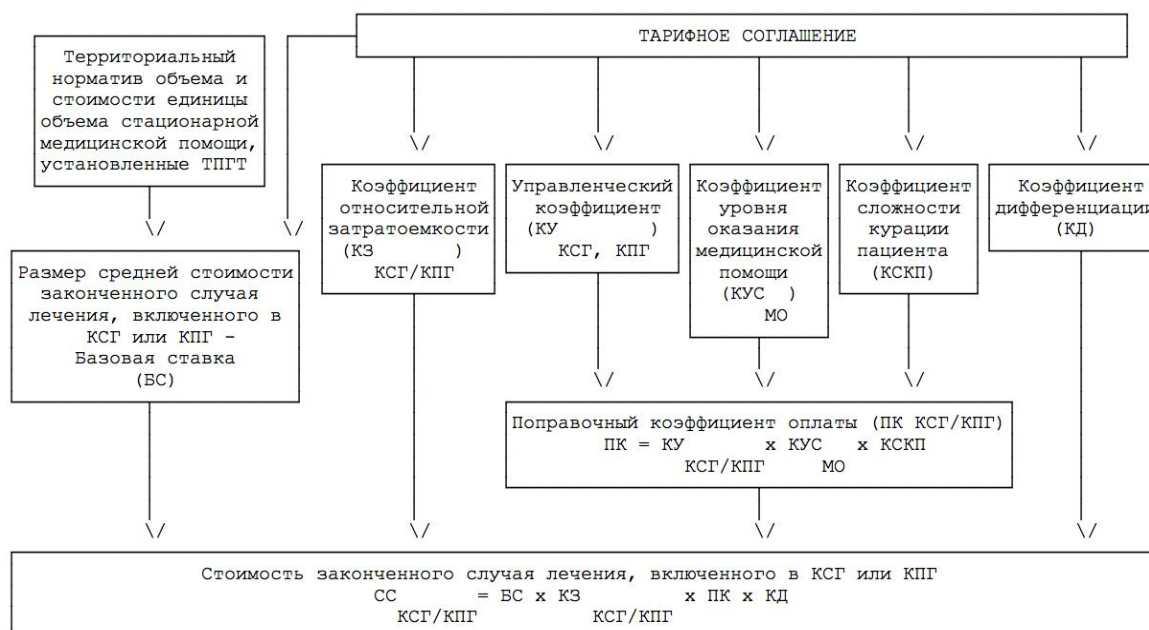
**2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях (КУСмо):**

- 1) 1-ый уровень, медицинские организации оказывающие населению преимущественно первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района. Границы значений КУСмо рекомендуемые для установления в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации медицинских организаций 1-го уровня - до 1,0;
- 2) 2-ой уровень, медицинские организации оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением. Границы значений КУСмо рекомендуемые для установления в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации медицинских организаций 2-го уровня - от 0,9 до 1,2;
- 3) 3-ий уровень, медицинские организации оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, вклю-

чая высокотехнологичную, медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации. Границы значений КУСмо рекомендуемые для установления в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации для медицинских организаций 3-го уровня - от 1,1 до 1,5; для федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации - от 1,3 до 1,5.

**3. Управленческий коэффициент (КУ<sub>кцг/кпг</sub>):**

управленческий коэффициент устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, для конкретной КСГ или КПГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации, развитию ресурсосберегающих технологий или стимулирования к внедрению конкретных методов лечения. Для стимулирования уровня госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний значение управленческого коэффициента должно быть выше 1, для снижения уровня госпитализации значение управленческого коэффициента - ниже 1. Для стимулирования медицинских организаций к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров размер управленческого коэффициента не может превышать уровень 1,5.



**Рис.** Расчет стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях по системе КСГ (КПГ) заболеваний

Для совершенствования системы КСГ в России потребуется регулярно уточнять систему классификации групп заболеваний, а также корректировать взвешенные значения поправочных коэффициентов и тарифы оплаты. Целесообразно разрабатывать подходы к использованию КСГ при лечении социально-значимых болезней (туберкулез, психические заболевания и др.).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 N 1273 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов" // СПС КонсультантПлюс
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // СПС КонсультантПлюс
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СПС КонсультантПлюс
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 20.11.2013) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" // СПС КонсультантПлюс
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года N 555н "Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи" // СПС КонсультантПлюс
6. Приказ ФФОМС от 18.11.2014 N 200"Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" // СПС КонсультантПлюс
7. Письмо Минздрава России от 30.04.2013 N 13-2/10/2-3113 "О применении стандартов и порядков оказания медицинской помощи" // СПС КонсультантПлюс
8. Письмо Минздрава России от 15.12.2014 N 11.9/10/2-9454 (с изм. от 18.12.2014) "О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (вместе с "Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования") / / СПС КонсультантПлюс
9. Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н // СПС КонсультантПлюс

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ****УДК: 611. 616. 45**

Васеева Е.В., Сущенко Р.А., Помулева Т.В., Щербак Е.И., Рыжих Т. В., Тимошенкова И.В., Екинцева Н.В., Шмаков Е.М.

**НЕЙРОБЛАСТОМА****У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

ГУЗ "Краевая детская клиническая больница" (главный врач - Комаров В.В.)

Нейробластома - это злокачественная опухоль, которую впервые описал в 1865 году Р. Вирхов и назвал ее "глиомой". В 1910 году I.S. Wright доказал, что опухоль развивается из эмбриональных нейробластов симпатической нервной системы и дал ей настоящее название.

Эта наиболее часто встречающаяся у новорожденных опухоль составляет 14% всех новообразований детского возраста; ее обнаруживают с частотой 1:7100-10000 новорожденных.

Нейробластома чаще встречается в забрюшинном пространстве, преимущественно в надпочечниках, реже - в средостении и на шее.

Нейробластома надпочечников обычно имеет одностороннюю локализацию. В зависимости от степени зрелости клеток опухоль определяют как нейробластому, ганглионейробластому или доброкачественную ганглионеврому. Причины развития нейробластомы не установлены. У 80% заболевание носит спорадический характер, у 20% - может быть отнесена к наследственной онкопатологии.

Возможна пренатальная диагностика опухоли с конца II триместра беременности.

Нейробластома - биохимически активная опухоль. Она секретирует продукты допаминового обмена - ванилилминдальную и/или гомованилиновую кислоту, а также другие катехоламиновые метаболиты. Более дифференцированные опухоли продуцируют норадреналин.

Нейробластому следует дифференцировать от опухоли Вильмса, поддиафрагмальной легочной секвестрации, кровоизлияния в надпочечники.

При диагностике нейробластомы в период новорожденности показано удаление первичного очага поражения.

В отделении реанимации новорожденных мы наблюдали случай нейробластомы у новорожденного ребенка, которому этот диагноз не был выставлен пренатально.

Мальчик Д., родился на доношенном сроке с массой тела 3120, длиной тела 50 см.

Матери 22 года, беременность 5, роды 2, в анамнезе 3 медицинских аборта. Во время беременности наблюдалась регулярно. УЗИ в скрининговые сроки - без особенностей. Со слов женщины, она вторая из двойни, сестра погибла в ранний неонатальный период, причина смерти неизвестна.

Во время настоящей беременности женщина курила. За 2 недели до родов - перенесла ОРВИ с бронхообструктивным синдромом. Дважды, во время беременности, проходила обследование по поводу синусовой тахикардии. В родах преждевременное излитие околоплодных вод, воды светлые, безводный промежуток 5 часов, однократное нетугое обвитие пуповины вокруг шеи. Хронический эндометрит.

Состояние ребенка при рождении удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 10-10 баллов. Через 1,5 часа после рождения ухудшение состояния за счет сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Проведена интубация трахеи, начата ИВЛ. В возрасте 3-х часов динамика отрицательная с развитием клиники кардиогенного шока. По данным эхокардиографического исследования отмечалась выраженная гипертрофия миокарда, резкое снижение сократительной способности миокарда. Противошоковая терапия проводилась через пупочный катетер, который имел нетипичное стояние с образованием петли в нижней полой вене в противоток крови. В клинической динамике развилась полиорганная недостаточность, асцит, потребовавший проведения срочного лапароцентеза и дренирования брюшной полости. После продолжения терапии через катетер в подключичной вене и снятия напряжения в брюшной полости наметилась стойкая положительная динамика. Учитывая анамнез матери, данные эхокардиографии, воспалительные изменения в крови, клинику шока, геморрагического синдрома (желудочное кровотечение) ребенку был выставлен диагноз: Внутриутробная инфекция. Врожденный кардит. Не исключалась аномалия развития сосудов бассейна нижней полой вены. После стабилизации состояния, в возрасте 2 суток жизни ребенок госпитализирован в ОРИТН КДКБ.

С момента поступления состояние ребенка оставалось тяжелым, нестабильным. Тяжесть состояния определяли сердечно-сосудистая недостаточность, отечный синдром, синдром интоксикации, ДВСК синдром, неврологическая симптоматика. На основании анамнеза и клинических данных был выставлен пред-

варительный диагноз: внутриутробная генерализованная инфекция. Имела место стойкая артериальная гипертензия, кардиалгия (приступы потливости и бледности кожных покровов). Прогрессировал отечный синдром по типу анасарки с накоплением жидкости в полостях (асцит, гидроторакс, гидроперикард). Сохранялся синдром интоксикации (стойкая фебрильная лихорадка, лейкоцитоз, повышение трансаминаз, тромбоцитопения, прогрессирование анемии). Проводился подбор антибактериальной терапии, иммунозаместительная терапия. Рецидивирующий геморрагический синдром, в виде желудочного кровотечения купирован трансфузией СЗП. При проведении абдоминального УЗИ в проекции правой почки выявлено объемное образование (кровоизлияние? нефробластома?).

Ребенок получал минимальное энтеральное питание. Отмечался синдром рвоты и срыгиваний.

Одной из основных проблем была стойкая артериальная гипертензия (максимальные цифры 130/90 мм.рт.ст). На 9 сутки жизни состояние ребенка с отрицательной динамикой, за счет признаков полиорганной недостаточности с клиникой шока. Уточнялся генез шока. Дифференцировался кардиогенный и септический шок, после дополнительного обследования системный воспалительный ответ был исключен. Проводилась комплексная противошоковая терапия: ИВЛ, обезболивание, коррекция ацидоза, электролитных и метаболических нарушений, кардиотропная и кардиотрофная терапия, гемотрансфузия. На фоне проводимого лечения удалось стабилизировать состояние ребенка.

На инфузии фентанила был получен стойкий эффект по нормализации АД.

По данным эхокардиографии признаки кардита прогрессировали. Ребенок был осмотрен кардиологом, к лечению были добавлены капотен, неон, мочегонные препараты.

При стабилизации состояния ребенку выполнена компьютерная томография. Заключение: образование правого надпочечника, нефробластома?

Коллегиально принято решение об оперативном лечении.

После проведения предоперационной подготовки выполнена операция: лапаротомия, адреналэктомия с опухолью справа, дренирование ложа опухоли.

Из протокола операции: по ходу рассечения тканей обращает внимание гидрофильность всех слоев. В брюшной полости небольшое кол-во

серозного выпота. Петли кишечника и париетальная брюшина не изменены. Печень уплотнена, обычного цвета, поверхность ее мелкобугристая, напоминает "булыжную мостовую". Правое поддиафрагмальное пространство занимает опухоль 6х5х4 см, с четко выраженной капсулой, которая исходит из забрюшинного пространства и оттесняет печень кпереди, а почку книзу. На ее поверхности распластаны печеночный изгиб ободочной кишки и двенадцатиперстная кишка. При пальпации опухоль имеет тугоэластичную консистенцию, неподвижная, на поверхности ее множество сосудов. После обнажения нижней полуокружности опухоли электрокаутером отмечалось обильное преимущественно венозное кровотечение. После отслойки duodenum обнаружено, что по медиальному контуру опухоли распластаны нижняя полая вена и почечные сосуды, которые оттеснены кпереди, влево и вниз. Поэтапно нижняя полая вена и почечные сосуды отделены от опухоли, опухоль отделена от почки и окружающих тканей и удалена. При ревизии ложа опухоли, зон лимфоотока прямых признаков метастазирования не выявлено. Ложе опухоли дренировано трубкой ПВХ, выведенной через отдельный прокол боковой поверхности.

Исследование крови на гормоны надпочечников, онкомаркеры 13.01: 17-ОН прогестерон 18,05 (норма 5,30-18,50), HCE 42 (0-13), КЭ антиген 4,28 (0,52-6,30), кортизол 4,0 (5-25), АКТГ 10,5 (0-46)

Гистологическое заключение: злокачественное образование надпочечника.

Иммуногистохимическое исследование: гистологическое строение опухоли, возраст, локализация процесса, фенотип опухолевых клеток характерен для недифференцированной нефробластомы по Schimada, низкодифференцированной по INPC, бедной стромой с индексом по МКІ умеренным 100-200.

В послеоперационном периоде отмечалась клиника острой надпочечниковой недостаточности в течение 48 часов. По поводу чего проводилась терапия преднизолоном внутривенно в дозе 7-5-3 мг/кг/сут. Вновь установившаяся артериальная гипертензия потребовала быстрой коррекции дозы и перевода на пероральную форму преднизолона в дозе 2,5 мг/кг/сут. Тяжелых электролитных нарушений не было. В возрасте 27 дней ребенок был переведен в отделение патологии детей раннего возраста с заключительным клиническим диагнозом:

ВПР. Злокачественное новообразование

надпочечника: нейробластома. Синдром Иценко-Кушинга эктопированный. Операция 15.01.15. Лапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства справа (адреналэктомия), дренирование ложа опухоли. Острая надпочечниковая недостаточность; Генерализованная внутриутробная вирусно-бактериальная инфекция. Врожденный кардит, НК ПБст., кардиогенный шок. Полисерозит: асцит (лапароцентез, дренирование брюшной полости 29.12.14); перикардит, двусторонний плеврит (пункция плевральной полости 02.01.15.);

ДВС - синдром, стадия коагулопатии (рецидивирующее легочное, желудочно-кишечное кровотечение);

Анемия смешанного генеза, тяжелой степени.

Проводя ретроспективный анализ данного клинического случая можно сделать выводы:

Внутриутробно развившаяся нейробластома, продуцирующая катехоламиновые метаболиты, способствовала формированию гипертрофической кардиомиопатии, что привело к срыву адаптации сердечно-сосудистой системы и развитию тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности в первые часы жизни. Нарушения ритма сердца в форме синусовой тахикардии у женщины во время беременности, вероятно, также обусловлены наличием нейробластомы у плода.

Необычное стояние пупочного катетера, развитие гидроперитонеума были обусловлены наличием опухоли и нарушением топографии анатомических структур в околоопухолевом пространстве.

Тяжелая артериальная гипертензия, рефрактерная к гипотензивным препаратам, приступы потливости и бледности кожных покровов, стойкая фебрильная лихорадка, анемия, интестинальные нарушения - симптомокомплекс, обусловленный наличием нейробластомы.

В возрасте 4 месяцев ребенок прошел обследование в Краевом онкологическом диспансере г. Читы и Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева. Диагноз был подтвержден, какого-либо лечения на момент обращения ребенок не требовал.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Детская хирургия: в 3 т./ К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер - С-Пб, ООО "РАРИТЕТ-М", 1999. - 3 т.
2. Неонатальная хирургия/ Под ред. Ю. Ф. Исакова, Н. Н. Володина, А. В. Гераськина. - М.: Издательство "Династия", 2011. - 680 с.

## УДК 616.447-089.87-039.42

### Размахнин Е.В., Кудрявцева О.Г., Гунько И.И. СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

ГУЗ Городская клиническая больница №1, г. Чита (главный врач - И.И. Шовдра)

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) - заболевание, развитие которого связано с избыточной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) патологически изменёнными околощитовидными железами (ОЩЖ) (аденома, солитарная паратиреома) (80-89%), гиперплазия ОЩЖ (2-6%), карцинома ОЩЖ (0,5-3%)) [1, 2, 3, 4]. Среди вторичных остеопатий, ПГПТ является одной из наиболее частых причин остеопороза и патологических переломов костей [5].

Болезнь Реклингхаузена (болезнь Энгеля-Реклингхаузена, генерализованная фиброзная остеодистрофия фиброзно-кистозная остеодистрофия, паратиреоидная остеодистрофия, фиброзно-кистозный остеоит) - представляет собой костную (остеопоротическую, поджетоидную) форму первичного манифестного гиперпаратиреоза, морфологически базирующуюся на процессах лакунарного остеолита с сохранённым остеогенезом.

В настоящее время в отечественной литературе имеются немногочисленные сведения о ПГПТ, полученные в результате собственного опыта лечения данного заболевания в отдельных клиниках на небольших группах пациентов. В регионах Российской Федерации за 20-25 летний опыт лечения пациентов с ПГПТ в среднем за год выявляется не более 20 новых случаев ПГПТ [1,5,6,7]. Точных данных о распространенности, заболеваемости и клинической структуре ПГПТ в российской популяции нет [5].

Представлен клинический случай болезни Реклингхаузена. В работе отражены особенности течения, сложность диагностики первичного гиперпаратиреоза и краткий ретроспективный анализ проведённого нами лечения.

**Клинический случай.** Больная К., 1975 г.р., поступала в ГУЗ ГКБ №1 г. Читы в мае 2010г. с жалобами на постоянные ноющие боли в голеностопных, коленных, тазобедренных и мелких суставах нижних конечностей, меньше - в локтевых и суставах кистей; хромоту на обе ноги; болезненность мышц конечностей; на спазмы икроножных мышц в покое и при привычной

физической нагрузке; на ломоту во всём теле, общую слабость; резкое ухудшение качества жизни вследствие ограниченности движений.

Из анамнеза, с 2003 года, после родов, впервые стала отмечать тяжесть в ногах при ходьбе, периодические ноющие боли в пальцах стоп, реже - кистей; летом этого же года приступ почечной колики, диагностирована мочекаменная болезнь. Позднее выявлена желчнокаменная болезнь. С 2007 года боли приобрели постоянный характер, появилась утренняя скованность в крупных суставах нижних конечностей (голеностопных, коленных, тазобедренных) преимущественно в осенне-зимний период. Весной 2008 года - перелом левого надколенника с гемартрозом левого коленного сустава при незначительной травме; с осени этого же года на фоне постоянного болевого синдрома - периодические спазмы в мышцах голени, бёдер; стала отмечать повышенную чувствительность стоп при ходьбе; появилась хромота на обе ноги (изменение походки по типу "утиной") - для передвижения использовала опору. С февраля 2009 года на фоне психотравмирующей ситуации состояние резко ухудшилось: болевой синдром приобрёл постоянный характер, резистентный к анальгетической, НПВС-терапии. На основании результатов МСЭК была присвоена II группа инвалидности.

В течение 6 лет, с момента появления жалоб, амбулаторно получала лечение по поводу остеохондроза, деформирующего остеоартроза коленных и голеностопных суставов (НПВС, физиотерапия). Проходила обследование по поводу болезни Бехтерева, ревматоидного полиартрита, реактивных артритов бактериальной этиологии, распространённого остеохондроза.

При рентгенографии тазобедренных суставов, костей таза, коленных суставов в апреле 2009г.: во всех отделах на фоне диффузного остеопороза определяются множественные округлые кистовидные просветления (очаги разряжения) до 0,4см в диаметре с тонким ободком склероза; тела бедренных костей грибовидно уплощены; краевые остеофитные разрастания до 1мм.

С целью исключения туберкулёза костей, остеомиелита, миеломной болезни, остеолитических метастазов в костную ткань была выполнена биопсия левой большеберцовой кости. На основании заключения патологоанатома от 08.05.2009г. выявлена необходимость исключения первичного или вторичного гиперпаратиреоидизма, аденомы паращитовидной железы с определением гормонального уровня, исследованием минерального обмена.

19.05.2009г. ПТГ 967пг/мл (норма 10.0 - 69.0пг/мл)

04.06.2009г. Са 3,09ммоль/л (норма 2.20-2.70 ммоль/л)

13.05.10г. госпитализирована в хирургическое отделение ГУЗ ГКБ№1 г. Читы с целью оперативного лечения в плановом порядке с диагнозом: Первичный гиперпаратиреоз. Гиперпаратиреоидная остеоидистрофия (болезнь Реклингхаузена)

При поступлении: щелочная фосфатаза 1293Ед/л (норма 40-130 Ед/л), Са<sup>2+</sup> 1,67ммоль/л (1,17-1,29ммоль/л), свободный Т<sub>4</sub> 17пмоль/л (9-22 пмоль/л), Т<sub>3</sub> 2,9нмоль/л (1,3-2,7нмоль/л), ТТГ 1,0мкМЕ/мл (0,4-4 мкЕд/л); УЗИ щитовидной железы: в правой доле лоцируется гипозоногенное образование 0,3х0,3см

С целью уточнения диагноза выполнено КТ исследование шеи без контрастного усиления с толщиной срезов 3мм: справа кзади от щитовидной железы и общей сонной артерии, по нижнему краю железы наблюдается однородное образование паренхиматозной плотности размером 27х12х10мм с довольно чёткими наружными контурами.

Выставлен клинический диагноз: Аденома паращитовидной железы. Первичный гиперпаратиреоз. Гиперпаратиреоидная остеоидистрофия. Болезнь Реклингхаузена. Эндемический узловатый зоб I стадия. Эутиреоз.

Учитывая наличие аденомы паращитовидной железы с клиникой гиперпаратиреоза, в мае 2010г. выполнена аденомэктомия. Предоперационно, с целью лучшей визуализации паращитовидных желез, произведена инфузия 5,0мл раствора метиленового синего, разведённого в 200мл физиологического раствора.

На операции: при ревизии левая доля щитовидной железы без особенностей; в правой доле в переднем сегменте - узел диаметром 1 см, тугоэластичной консистенции, смещаемый. После выполнения правосторонней гемитиреоидэктомии с оставлением участка ткани железы у верхнего полюса, по задней поверхности щитовидной железы обнаружено смещаемое инкапсулированное опухолевидное образование плотно-эластичной консистенции d до 2см окрашенное в светло-синий цвет - удалено.

В послеоперационном периоде проводилась терапия препаратами кальция, аналогами витамина D.

В динамике, на 2-е сутки после операции уровень щелочной фосфатазы 991Ед/л (норма 40-130 Ед/л), Са<sup>2+</sup> 1,18ммоль/л (1,17-1,29ммоль/л); на 4 сутки щелочная фосфатаза 848Ед/л, Са<sup>2+</sup> 1,01ммоль/л; при биохимическом исследовании крови пациентки на 10 сутки послеоперационного периода наблюдается снижение уровня щелочной

фосфатазы до 480 Ед/л,  $\text{Ca}^{2+}$  до 1,11 ммоль/л.

Результаты патогистологического исследования: в присланном материале обнаружена аденома паращитовидной железы в виде инкапсулированного узла, состоящего преимущественно из паратиреоцитов, представленных крупными клетками со светлой цитоплазмой с крупным округлым ядром, складывающиеся в солидные поля, местами - в трабекулярные структуры. Строма с умеренным фиброзом. Щитовидная железа в виде узла 3,5x2,5x1,5 см, состоящего из среднефолликулярных структур, содержащих плотный компактный коллоид с уплощённым эпителием, с фиброзной капсулой вокруг и полнокровными сосудами. Строма органа с диффузно-мелкоочаговым фиброзом, отёком, очаговыми свежими кровоизлияниями, полнокровными сосудами.

Гистологическое заключение: Диффузный узловый нетоксический зоб. В отдалённо послеоперационном периоде амбулаторно наблюдалась у эндокринолога, принимала препараты кальция, vit. D, "Бивалос". На фоне проведённого лечения отмечает значительное улучшение качества жизни, постепенное восстановление трудоспособности. В феврале 2011 года решением МСЭК присвоена III группа инвалидности.

При рентгеновской остеоденситометрии проксимальных отделов бедренных костей и ПОП в июне 2012 г. снижения минеральной плотности костной ткани не определяется. В июне 2012 г. ПТГ сыворотки крови 3,31 пг/мл (норма 10,0 - 69,0 пг/мл);  $\text{Ca}^{2+}$  2,12 ммоль/л (2,20-2,70 ммоль/л)

В июле 2013 г. по результатам освидетельствования МСЭ группа инвалидности не установлена.

#### **Заключение.**

ПГПТ относится к социально значимым проблемам в связи с вовлечением в патологический процесс большинства органов и систем, высоким риском инвалидизации и преждевременной смерти, а также снижением качества жизни у пациентов вне зависимости от формы заболевания, обусловленным как наличием костно-висцеральных проявлений различной степени выраженности, так и неспецифическими нарушениями в психоэмоциональной сфере [5].

Диагностика гиперпаратиреоидной остеодистрофии представляет собой определенные трудности вследствие низкой частоты встречаемости данной патологии, полиморфизма и неспецифичности клинических проявлений. Приведенный клинический случай наглядно демонстрирует необходимость детального изучения анамнеза заболевания каждого конкретного пациента, акцентируя особое внимание на возможность патологии эндокринной

системы при многообразии и мнимой "несвязности" клинической симптоматики. Рентгенологические методы и биохимическое исследование компонентов фосфорно-кальциевого обмена являются незаменимым подспорьем в верификации диагноза для старта адекватной терапии при патологии паращитовидных желёз, особенно в условиях ранней и неизбежной инвалидизации пациента.

С целью лучшей визуализации околощитовидных желёз при паратиреоидэктомии рекомендуется производить инфузию раствора метиленового синего предоперационно. Заместительная терапия препаратами кальция и эргокальциферола в послеоперационном периоде позволяет добиться более быстрой нормализации минерального обмена и ускорить реабилитацию пациента.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Елфимов, С.В. Особенности клинической картины и диагностики болезни Реклингхаузена / С.В. Елфимов, И.М. Пивень, И.П. Кудрявцева // *Фундаментальные исследования*. - 2014. - № 7-3. - С. 487-491.
2. Фархутдинова, Л.М. Первичный гиперпаратиреоз: проблемы и пути решения / Л.М. Фархутдинова // *Медицинский вестник Башкортостана*. - 2010. - № 1. - С. 65-70.
3. Ростомян, Л.Г. Трудности и ошибки диагностики первичного гиперпаратиреоза. Клинические случаи. / Л.Г. Ростомян, Н.Г. Мокрышева, В.Н. Смрщок, Л.Я. Рожинская // *Остеопороз и остеопатии*. - 2008. - №1. - С. 17-20.
4. Дубровина, Я.А. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине, диагностике первичного гиперпаратиреоза / Я.А. Дубровина, Л.Я. Рожинская, Н.Г. Мокрышева, Л.Г. Ростомян // *Лечащий врач*. - 2009. - №3. - С. 22-26.
5. Ростомян, Л.Г. Некоторые эпидемиологические аспекты первичного гиперпаратиреоза в России / Л.Г. Ростомян, Л.Я. Рожинская, Н.Г. Мокрышева, Мирная С.С., Кирдянкина Н.О. // *Остеопороз и остеопатии*. - 2010. - №4. - С. 23-26.
6. Выродов, К.С. Трудности в диагностике и хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза / К.С. Выродов, Архипов О.И., Бондаренко А.Г., Цациев Д.А., Пыхтин Ю.Ю. // *Кубанский научный медицинский вестник*. - 2009. - №9. - С. 20-22.
7. Котова, И.В. Ошибки и трудности в хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза / И.В. Котова, Калинин А.П., Казанцева И.А. и др. // *Современные аспекты хирургической эндокринологии*. - 2007. - С. 125-127.

**УДК 615.065:616-005.1:616.329**

Рацина Е.В., Зайцев Д.Н., Рослов В.А.,  
Мыльников М.С.

**РАЗВИТИЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ ГЕМАТОМЫ  
ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ  
ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ**

ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

ГУЗ Городская клиническая больница №1, г. Чита (главный врач - И.И. Шовдра)

Несмотря на положительные эффекты антикоагулянтной терапии в профилактике тромбоэмболических осложнений, последняя не лишена побочных явлений, наиболее серьезным из которых является кровотечение. Все геморрагические осложнения антикоагулянтной терапии подразделяются на следующие группы:

1. Минимальные, куда включаются микрогематурия, появление петехий и синячков на различных участках кожи;
2. Малые - более выраженная синячковость, макрогематурия, умеренные носовые кровотечения без развития анемии;
3. Большие, характеризующиеся обильными геморрагиями: профузными желудочно-кишечными, почечными или носовыми кровотечениями, ретроперитонеальными или внутричерепными кровоизлияниями [2].

По результатам крупных исследований частота кровотечений на фоне приема оральных антикоагулянтов колеблется от 9 до 26,5% [2]. Особую опасность в этом плане представляет терапия варфарином, так как имеет непредсказуемый ответ, характеризуется медленным развитием/окончанием эффекта, требует постоянного лабораторного контроля с узким терапевтическим окном (диапазон МНО 2,0-3,0) и частой коррекции дозы. Кроме того, необходимо учитывать взаимодействие варфарина с различными пищевыми продуктами и лекарственными препаратами, а также иметь ввиду возможную резистентность к варфарину [8]. Фатальные геморрагии встречаются у 2% пациентов, принимающих варфарин [10]. Только 8% больных получают адекватную терапию варфарином в поликлинических условиях, то есть доза варфарина подобрана по международному нормализованному отношению (МНО), эффективно поддерживается целевой уровень коагуляции, регулярно осуществляется контроль МНО [1]. Тем не менее, и при ре-

гулярном лабораторном контроле у ряда пациентов возникают проблемы с безопасностью использования варфарина: частота развития кровотечений может достигать 25-30% случаев в год. При этом, "большие" жизнеопасные кровотечения встречаются с частотой до 4% в год [4, 10]. Все это требует дисциплинированности как самого больного, так и его лечащего врача [6].

Ниже представлен случай развития подслизистой гематомы пищевода у пациента, принимающего варфарин с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.

**Больной Е., 64 лет** поступил в отделение кардиологии ГУЗ "Городская клиническая больница № 1" г. Читы 15.03.2015 с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной, длительностью более 20 минут, плохо купирующиеся нитратами, чувство нехватки воздуха. Неправильный диагноз бригады скорой медицинской помощи - ИБС: Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

Из анамнеза выяснено, что в течение 3 лет больного беспокоят периодические давящие боли за грудиной, провоцирующиеся физической нагрузкой, купирующиеся нитратами. Также около 3-х лет - артериальная гипертензия с максимальными цифрами АД до 160/90 мм рт ст. Дополнительно было выяснено, что в 2007 г. больному с целью профилактики тромбоэмболических осложнений был установлен кава-фильтр по поводу острого флеботромбоза нижних конечностей. В связи с этим больной постоянно принимал варфарин в дозе 6,25 мг (2+1/2 таблетки). Последний лабораторный контроль за 5 дней до поступления (МНО=1,99).

Ухудшение в течение 2-х дней, когда появились вышеописанные жалобы. 15.03.15 вызвал БСМП, доставлен в ГУЗ "Городская клиническая больница № 1", госпитализирован в отделение кардиологии с диагнозом:

*Основной:* ИБС: Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST от 15.03.15. Осложнение: ХСН 2А, 3ФК.

*Фоновый:* Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск 4.

*Сопутствующий:* Атеросклероз аорты, мозговых артерий. Установка кава-фильтра в 2007 г. по поводу острого флеботромбоза нижних конечностей. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия.

При поступлении КФК 136 Ед/л, КФК-МВ



29 Ед/л, ЛДГ 361 Ед/л, тропониновый тест отрицательный.

В коагулограмме при поступлении: АЧТВ 162,1 секунды, МНО определить не смогли в связи с выраженной гипокоагуляцией.

Больному назначена терапия: нитраты в/в капельно, иАПФ, бета-адреноблокаторы, статины. Однако на фоне терапии сохранялись интенсивные боли за грудиной, в связи с чем больной был переведен в отделение реанимации, где купирование болевого синдрома проводилось с помощью наркотических анальгетиков.

В связи с выраженным рецидивирующим болевым синдромом, отсутствием ишемических изменений на ЭКГ и нормальными значениями кардиоспецифических ферментов проводилась дифференциальная диагностика с расслаивающей аневризмой аорты. 15.03.15 больному была проведена компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием, где патологии аорты, а также легочной артерии и ее ветвей выявлено не было.

В отделении реанимации продолжалась терапия нитратами, иАПФ, бета-адреноблокаторами, статинами, неоднократно вводились наркотические анальгетики по поводу рецидивирующего болевого синдрома. В динамике исследовались тропониновый тест и кардиоспецифические ферменты, а также ЭКГ - признаков повреждения миокарда не было.

16.03.15 больному проведена ЭхоКГ: Атеросклеротическое поражение аорты, аортального и митрального клапанов, незначительный кальциноз аортального клапана. Гипертрофия миокарда межжелудочковой перегородки. Нарушение диастолической функции левого желудочка по гипертрофическому типу. Умеренная легочная гипертензия (среднее давление в легочной артерии 30 мм рт ст). Фракция выброса левого желудочка 72%. Нарушений локальной сократимости миокарда левого желудочка выявлено не было.

В общем анализе крови при поступлении гемоглобин составил 131 г/л, а 16.03.15 отмечалось его снижение до 99 г/л.

С 18.03.15 пациент стал жаловаться на ощущение жжения вдоль грудины, усиливающееся при глотании, глубококом вдохе.

19.03.15 было решено провести больному ФГДС (в условиях реанимации): Сразу за устьем пищевода и до уровня розетки кардии по левой полукружности пищевода визуализируется подслизистая гематом синюшного цвета,

занимающая  $\frac{3}{4}$  просвета. В просвете помарки крови. Продвижение аппарата затруднительное. Детальный осмотр затруднен из-за выраженного болевого синдрома. Заключение: гематома пищевода.

19.03.15 была проведена компьютерная томография с контрастированием пищевода водорастворимым контрастом (рисунок 1): Легкие расправлены. Трахея, главные, долевые, сегментарные бронхи удовлетворительно прослеживаются, деформированы. Отмечаются единичные лимфоузлы средостения размерами до 12×8 мм с кальцинатами. Корни легких - структурные. Очаговых и инфильтративных изменений в легких выявить не удается. В плевральных полостях с обеих сторон незначительное количество жидкости. Отмечается расширение пищеводной трубки от уровня дуги аорты до диафрагмы (до 45 мм в нижних отделах) с наличием дефекта наполнения по задней стенке пищеводной трубки на всем протяжении (контрастируется щелевидный просвет пищевода). Заключение: признаки подслизистой расслаивающей гематомы нижней и средней трети пищевода по задней стенке. Малый двусторонний гидроторакс.

19.03.15 большой осмотрен коллегиально, решено выставить диагноз:

*Основной:* Посттромбофлебитический синдром. Хроническая венозная недостаточность II степени. Установка кава-фильтра в 2007 г. по поводу острого флеботромбоза нижних конечностей.

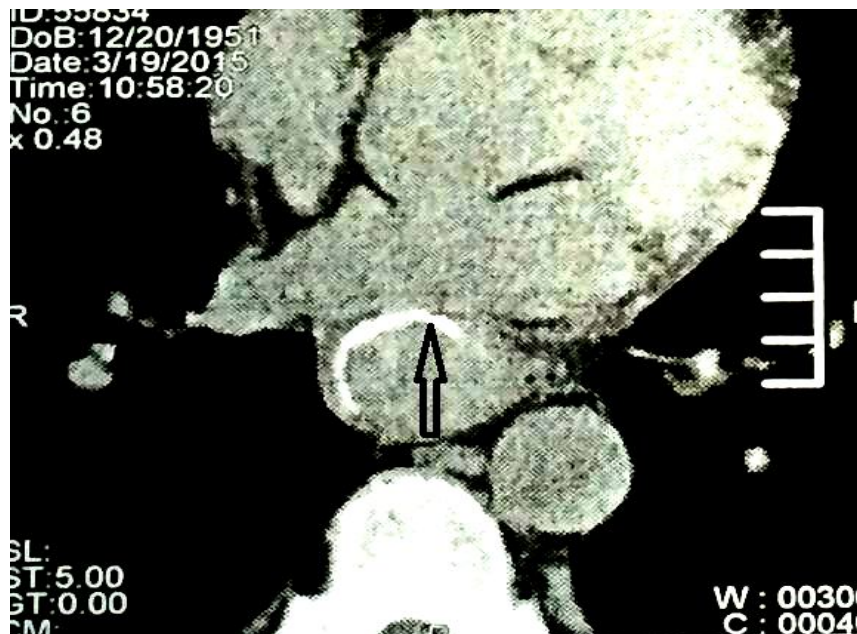
*Осложнение:* Подслизистая гематома пищевода со сдавлением просвета.

*Сопутствующий:* ИБС: Стабильная стенокардия напряжения 3ФК. ХСН 2А, 3ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутый целевой уровень АД, риск 4. Атеросклероз аорты, мозговых артерий. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, ремиссия.

В лечении было решено добавить: переливание свежезамороженной плазмы (проведено дважды по 500 мл), введение гепарина по 2500ЕД п/к 4 раза в день под контролем коагулограммы (с целью профилактики тромбоза кава-фильтра), антибактериальная терапия, парентеральное питание. Таблетированные препараты в лечении отменены.

23.03.15 больной был переведен в отделение хирургии, где отмечался стул черного цвета дважды, кал на скрытую кровь от 25.03.15 - реакция Грегерсена (+).

В дальнейшем состояние больного улуч-



**Рис.** КТ с контрастированием пищевода (стрелкой показан узкий контрастировавшийся просвет пищевода, сдавленный гематомой)

шалось: боли за грудиной и явления дисфагии постепенно уменьшались, пациент начал есть жидкую прохладную пищу. 31.03.15 была проведена контрольная компьютерная томография с контрастированием пищевода: Просвет пищевода не изменен, стенки его не утолщены, продвижение контраста по пищеводу своевременное, без патологических затеков и задержек. Вероятно, отсутствие изменений на контрольной компьютерной томографии связано с опустошением гематомы в желудочно-кишечный тракт, что подтверждается появлением у пациента черного стула.

02.04.15 больной был выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить прием варфарина под контролем МНО амбулаторно. Также пациенту рекомендовано провести исследование на генетический полиморфизм, ассоциированный с метаболизмом варфарина, с дальнейшим подбором дозы препарата с помощью электронного калькулятора.

**Заключение.** Данный клинический пример демонстрирует редкий случай осложнения терапии варфарином в виде формирования подслизистой гематомы пищевода. Несмотря на создание и широкое внедрение в практику новых пероральных антикоагулянтов, у этих препаратов пока нет таких показаний к применению, как профилактика тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий клапанного генеза, протезированные клапаны и

установленные кава-фильтры [5]. Это обуславливает невозможность их применения в данных клинических ситуациях и диктует необходимость использования варфарина с регулярным контролем показателей МНО и соблюдением определенных принципов питания. Исследование на генетический полиморфизм, ассоциированный с метаболизмом варфарина, позволит подобрать его терапевтическую дозу и снизить вероятность геморрагических осложнений у данной категории пациентов [3, 6, 7, 9].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ применения непрямого антикоагулянта варфарина у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в поликлинических условиях / Е.В. Гаврисюк [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. - 2012. - № 1. - С. 42-46.
2. Аркадьева, Г.В. Профилактика и лечение тромбозов и тромбоэмболий непрямыми антикоагулянтами при сердечно-сосудистой патологии / Г.В. Аркадьева, А.Э. Радзевич, А.Н. Седов // Российский кардиологический журнал. - 2007. - № 3. - С. 86-96.
3. Генетические предикторы геморрагических осложнений у больных, получающих варфарин / Ю.А. Михеева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - Т. 8, № 6 S1. - С. 239-240.

4. Кропачева, Е.С. Сравнение эффективности и безопасности длительной терапии варфарином и аценокумаролом у больных с мерцательной аритмией / Е.С. Кропачева, Е.П. Панченко, Д.М. Атауллаханова // Клиническая Медицина. - 2005. - Т. 83, № 1. - С. 24-27.
5. Новикова, Н.А. Варфарин: место в современной антикоагулянтной терапии / А.Н. Новикова, Д.В. Регушевская // Русский медицинский журнал. - 2014. - Т. 22, № 2. - С. 147-151.
6. Прикладные аспекты применения фармакогенетического тестирования для персонализации применения пероральных антикоагулянтов в Российских условиях / Д.А. Сычев [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2013. - Т. 9, № 5. - С. 525-531.
7. Распространенность полиморфизмов генов VKORC1, CYP 2 C и CYP 4 F 2 среди российских пациентов с высоким тромботическим риском, получающих варфарин в амбулаторных условиях / Д.В. Иващенко [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. - 2013. - № 1. - С. 100-105.
8. Сердечная, Е.В. Новые пероральные антикоагулянты для пациентов с фибрилляцией предсердий / Е.В. Сердечная, Б.А. Татарский // Эффективная фармакотерапия. - 2014. - № 25. - С. 54-60.
9. Царукян, А.А. Значение генетических факторов для терапии непрямыми антикоагулянтами в этнических группах Ставрополя / А.А. Царукян, В.А. Батурин // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. - 2013. - № 6. - С. 279-282.
10. Wysowski, D.K. Bleeding complications with warfarin use: a prevalent adverse effect resulting in regulatory action / D.K. Wysowski, P. Nourjah, L. Swartz // Arch. Intern. Med. - 2007. - Vol. 167. - P. 1414-1419.

**УДК616.982.15:616.716.1**

Рудакова Л.Ю., Пинелис И.С.,  
Понуровская А.А., Лесков В.В.

**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АКТИНОМИКОЗА  
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Актиномикоз - хроническое инфекционное неконтагиозное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами актиномицетов (1). Это самый распространенный тип псевдомикозов, характеризующийся поражением различных органов и тканей, образованием гранулематозных очагов - актиномиком. Основной возбудитель актиномикоза - *Actinomyces bovis*, относящийся к обширному ряду актиномицетов. Среди пациентов с хроническими гнойными процессами различных локализаций больные актиномикозом составляют 2,5-10%. Данные о заболеваемости актиномикозом ЧЛО в Забайкальском крае за последние 40 лет отсутствуют. В России ежегодно регистрируется около 800 случаев актиномикоза. Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины; заболевание преимущественно поражает лиц в возрасте 20-40 лет, выявляется чаще в крупных городах, что, по-видимому, объясняется большими возможностями клинико-лабораторной диагностики (2).

Заболевание встречается повсеместно в практике врачей различных специальностей (стоматологов, хирургов, дерматологов и др.). Больные, как правило, поступают под наблюдение в поздние сроки заболевания из-за недостаточного знакомства практических врачей с разнообразными клиническими формами актиномикоза. В этой связи нам представилось интересным сообщить о редком случае заболеваемости актиномикоза челюстей.

В ноябре 2012 года в клинику ЧГМА обратилась пациентка в возрасте 71 года, проживающая в г.Чите, с жалобами на заложенность носа, периодические боли в области верхней челюсти, оголение участка альвеолярного отростка верхней челюсти справа и его подвижность.

У больной выявлены следующие сопутствующие заболевания: бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический гайморит.

Из анамнеза заболевания выяснено, что заложенность носа беспокоила больную в те-

чение последних пяти лет. В сентябре 2012 года ЛОР-врач назначил ей компьютерную томографию (КТ) верхней челюсти и диагностировал "Хронический полипозный гайморит справа". По этому поводу была проведена операция "Удаление полипов из полости носа". Гистологический диагноз "Хроническое продуктивное воспаление". После операции состояние больной не улучшилось, отмечались боли в области верхней челюсти справа. В этой связи больной проведено удаление 11,12,13,14 зубов по поводу обострения хронического периодонтита, но боли в области верхней челюсти сохранялись. Лунки удаленных зубов длительно не заживали. Стоматолог расценил данное состояние как альвеолит и назначил соответствующее лечение. Однако состояние больной продолжало ухудшаться. Появилась язва слизистой оболочки и оголенный участок кости в области лунок удаленных зубов, из-под десны выделялся гной, отмечался неприятный запах изо рта. Больная была госпитализирована в отделение ЧЛХ с диагнозом "Хронический остеомиелит верхней челюсти справа".

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное.

При внешнем осмотре отмечался незначительный отек мягких тканей в области верхней губы справа, сглаженность носогубной складки. В полости рта обнаружен оголенный участок альвеолярного отростка верхней челюсти в области удаленных 11,12,13,14 зубов, неправильной формы, размером 3,0 на 0,6 см, сероватого цвета и подвижный при пальпации. Из - под десневого края выделялся гной в небольшом количестве. Окружающая слизистая оболочка была гиперемированная, отечная, слабоблезненная. На КТ от 21.09.12 определялось разрушение альвеолярного отростка верхней челюсти справа, передней и медиальной стенок правой верхнечелюстной пазухи. На ортопантограмме (ОПГ) определялся свободное лежащий секвестр неправильной формы 1,5 x 3,2 см, во фронтальном отделе альвеолярного отростка верхней челюсти. Больной выставлен диагноз "Хронический одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа". Проведено комплексное лечение: операция секвестрэктомия, курс антибактериального, противовоспалительного, десенсибилизирующего лечения. Результат гистологического исследования "Хроническое воспаление кости".

Больная была выписана из стационара, ре-

комендовано - динамическое наблюдение у стоматолога по месту жительства и рациональное протезирование.

В апреле 2013 года вновь поступила в клинику ЧГМА с жалобами на оголение участка кости в проекции отсутствующего 18 зуба, периодическую заложенность носа справа, привкус гноя во рту, неприятный запах изо рта. С диагнозом "Хронический остеомиелит верхней челюсти справа, хронический гайморит справа" ее госпитализировали в челюстно-лицевое отделение Клиники ЧГМА.

При поступлении у больной конфигурация лица изменена за счет западения верхней губы во фронтальном отделе справа, носогубная складка сглажена. Открывание рта свободное. Слизистая переходной складки фронтального отдела верхней челюсти рубцово изменена. В области отсутствующего 18 определялся оголенный участок кости до 1 см. На ОПГ виден дефект костной ткани в области фронтального и бокового отдела верхней челюсти справа в пределах от отсутствующих 21 до 17 зуба. Нижняя и медиальная стенки гайморовой пазухи отсутствуют. Сохранен бугор челюсти. Проведена операция "Секвестрэктомия и гайморотомиа справа". Во время операции удалены костные секвестры в области альвеолярного и небного отростков верхней челюсти справа. Во время операции в гайморовой пазухе обнаружено мягкотканое образование, прорастающее из нижней носовой раковины. При морфологическом исследовании секвестров, выявлены бактериальные колонии, а также обширные колонии грибов, класс которых не представлялось возможным установить. Послеоперационное течение у больной осложнилось расхождением швов в связи с сопутствующей патологией - сахарным диабетом. Длительное заживление раны завершилось вторичным натяжением. На ОПГ после лечения дополнительно отмечается отсутствие дистального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти.

В сентябре 2013 г., больная была госпитализирована в челюстно-лицевое отделение Краевой клинической больницы г. Читы, где была вновь проведена операция "Секвестрэктомия" в области фронтального отдела верхней челюсти, курс антибактериального, противовоспалительного лечения. При гистологическом исследовании выявлены друзы актиномицетов. На серии контрольных томограмм костей лицевого скелета выявлен значительный дефект бо-

кового и фронтального отделов альвеолярного отростка верхней челюсти справа, нижнего переднего края основной кости. В пазухах носа и глазнице справа патологических изменений не обнаружено. Больная выписана из ОЧЛХ ККБ с диагнозом "Актиномикоз верхней челюсти справа".

В ноябре 2013 года в клинике ЧГМА при обследовании диагноз "Актиномикоз верхней челюсти справа" был подтвержден и назначен курс специфической терапии актинолизатом по схеме (в/м вводили по 3 мл препарата 2 раза в неделю), курс лечения - 25 инъекций. После лечения общее состояние больной заметно улучшилось, гноетечение из носа прекратилось. В январе 2014 г. проведен повторный курс лечения, а в феврале 2015 г. - профилактический курс лечения актинолизатом (проведено 3 курса).

В результате проведенного лечения удалось добиться купирования болевого синдрома и остеолитического процесса в области верхней челюсти, очищения и эпителизации раны, восстановления носового дыхания, стабилизации общего состояния пациентки.

Таким образом, представленное наблюдение свидетельствует о трудности диагностики и лечения актиномикоза в ЧЛЮ, обусловленной многоликостью клинических проявлений, которые попадают в сферу компетенции разных специалистов. При этом каждый специалист, чаще всего, лечит только "свое" заболевание, тем самым, стирая важные клинические признаки и усложняя дальнейшую специализированную терапию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бутова С. А. Актиномикоз // Русский медицинский журнал. Хирургия, дерматология. 2001. Т. 9, № 3-4.
2. Медицинская микробиология: учебное пособие. Поздеев О. К. / Под ред. В. И. Покровского. 4-е изд. испр. М.: ГЕОТАР-Медиа. 2005. 768 с.

#### УДК 616-005.6;616-005.755

Трусова Ю.С., Чепцов Ф.Р., Чепцова С.А., Моисеев В.В., Лаврентьева А.А., Шаповалов К.Г.  
**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ФЛЕБОТРОМБОЗОМ, ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

ГУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Чита (главный врач - И.И. Шовдра)  
ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

За последнее время в стационарах возросла распространенность и выявляемость патологии системы свертывания крови [2,5]. Как следствие, регистрируется рост количества тромбозов легочной артерии [4,6]. Терапия данной патологии - до настоящего времени довольно сложная задача, а течение нередко сопровождается жизнеопасными осложнениями [7]. Актуальными остаются проблемы оптимизации антикоагулянтной терапии, непрерывного лабораторного мониторинга [1,3]. Благоприятные исходы у таких больных встречаются не всегда [1,5,7]. Приводим наше клиническое наблюдение интенсивной терапии пациентки с ТЭЛА.

Больная Н., 33 лет, в экстренном порядке доставлена в приемное отделение ГУЗ "ГКБ №1" г. Читы с диагнозом: Острый илеофemorальный флеботромбоз вен правой нижней конечности. ТЭЛА? Кесарево сечение на сроке 30 недель по поводу антенатальной гибели плода (8-ые сутки после операции). Хроническая железодефицитная анемия тяжелой степени. Диагноз подтвержден: компьютерной томографией с контрастированием, дуплексным сканированием сосудов правой нижней конечности, ЭхоКГ, ЭКГ и лабораторными методами. На серии томограмм легкие воздушные без очаговых и инфильтрационных изменений. Трахея и видимые бронхи проходимы, не изменены. Лимфоузлы средостения не увеличены. Плевральные полости свободные. После контрастирования в просвете нижнедолевой артерии слева визуализируется массивный пристеночный тромб, перекрывающий просвет артерии на ? диаметра. В просвете нижнедолевой артерии справа обнаружен пристеночный тромб, перекрывающий ее на 1/3 диаметра и полностью обтурирующий просвет сегментарных артерий S7, S8.

При дуплексном сканировании сосудов правой нижней конечности выявлен окклюзирующий тромбоз наружной подвздошной вены, об-

шей бедренной вены, сафено-фemorального соустья, бедренной вены, глубокой вены бедра, подколенной вены, суральной вены, сафено-подплечного соустья, приустьевое сегмента большой подкожной и малой подкожной вен справа.

Больная из приемного отделения госпитализирована в отделение анестезиологии-реанимации для проведения интенсивной терапии, где незамедлительно назначена антикоагулянтная терапия, конечности придано возвышенное положение.

ЭхоКГ спустя 2 суток: незначительная дилатация правых отделов сердца, трикуспидальная регургитация 1-2 ст.; умеренная легочная гипертензия; давление легочной артерии - 32 мм рт. ст.

Назначена двухкомпонентная антикоагулянтная терапия, включающая непрерывное внутривенное введение (через инфузомат) нефракционированного гепарина в течение 9 суток с коррекцией дозы по уровню АЧТВ и пероральный дезагрегант "Зилт" в дозе 75 мг/сутки. Максимальная доза введения гепарина составила 2 тысячи ЕД/ч, минимальная 500 ЕД/ч. На 10-е сутки пациентке назначен перораль-

ный антикоагулянт "Ксарелто" (Ривароксабан) в дозе 15 мг 2 раза в сутки и продолжена терапия препаратом "Зилт". Параллельно проводилась антибактериальная терапия препаратом "Сульцеф" в дозировке 4 грамма в сутки внутривенно в течение 13 дней, а также препараты железа "Мальтофер" и "Ликферр".

На фоне проводимой терапии клинически получена значительная положительная динамика: уменьшился отек нижней конечности, купировался болевой синдром, нормализовалась температура тела.

При контрольном (9-е сутки) дуплексном сканировании сосудов правой нижней конечности: окклюзирующий тромбоз общей подвздошной вены, наружной подвздошной вены, сафено-фemorального соустья, подколенной вены. "Головка" тромба не флотирует. Тромбоз малой подкожной вены без признаков кровотока.

В лаборатории молекулярной генетики ГБОУ ВПО ЧГМА (зав. лабораторией, к.м.н., доцент Н.Н. Страмбовская) у пациентки выявлены полиморфизмы гена PAI-I (ингибитора

Таблица  
Динамика показателей системы гемостаза на фоне антикоагулянтной терапии

сутки	1-е			2-е			3-е			4-е							
АЧТВ	163,8	41,8	27,8	55,3	68,5	54,9	50	30,8	27,8	31,8	43,8	49,2	40,8	34,8	29	32,8	27,2
МНО			1,62				1,64	1,69		1,72							1,56
Тр-ты.	364					310			398					354			
Д-димеры			7,0														
Антикоаг.	геп.			геп.				геп.					геп.				

сутки	5-е			6-е			7-е										
АЧТВ	48,8	80,9	35,8	32,8	128,8	75,8	45,8	46,8	45,3	100,2	59,8	51,8	55,8	61,9	38,5	46,5	56,8
МНО					2,53												
Тр-ты.	478						668					648					
Д-димеры																	
Антикоаг	геп.						геп.					геп.					

сутки	8-е			9-е			10-е			11-е			12-е				
АЧТВ	65,3	67,5	95,8	68,8	41,8	не опр.	61,8	64,8	39,8	-	64,3	95,8	57,8	97,9	37,8	30,3	
МНО										3,27				2,51	4,26	1,73	
Тр-ты.	750					618			916						898	1060	917
Д-димеры						0,7											
Антик	геп.					геп.			ксарелто								

сутки	13-е		14-е		15-е		17-е		18-е		20-е	
АЧТВ	32,8		-		32,9		35,1					36,3
МНО	1,80		6,8		4,9		2,25					1,59
Тр-ы	1094		1056							469		822
Д-димеры												0,7
Антикоаг	ксарелто		ксарелто		ксарелто		ксарелто		ксарелто			ксарелто

активатора плазминогена) и гена коагуляционного фактора XIII.

При реализации программы интенсивной терапии с использованием нефракционированного гепарина имеется риск развития тромбоцитопении, однако мы зарегистрировали обратную динамику. Количество тромбоцитов постепенно увеличивалось (достигло миллиона в 1 мкл), несмотря на то, что количество эритроцитов и лейкоцитов значительно не менялись. Отсутствовала желтуха, синдром гепато-спленомегалии.

Тромбоцитогрaмма была представлена следующим образом: юные формы 21(N до 4), зрелые 70(N до 88), старые 8(N до 5), дегенеративные 1(N до 6); заключение - раздражение тромбоцитарного ростка.

Агрегатограмма (11-е сутки): концентрация тромбоцитов вне диапазона. Спонтанная агрегация указывает на низкую функциональную активность тромбоцитов. Индуцированная АДФ-агрегация превышает верхние пределы за счет высокой концентрации тромбоцитов. Постоянная агрегация создает условия для образования грубых агрегационных конгломератов, создающих твердую фазу для дальнейшей агрегации и коагуляции компонентов крови. Уровень фактора Виллебранда указывает на высокие агрегационные и тромбообразующие процессы. Спонтанная агрегация - 13%, индуцированная АДФ: уровень 84,4%, степень 82,1%, скорость 103%/мин, FW-205,3%.

Агрегатограмма (17-е сутки): положительная динамика на фоне снижения концентрации тромбоцитов. Спонтанная агрегация - 18%, индуцированная АДФ: уровень 57,1%, степень 61,2%, скорость 67,6%/мин, FW-176,6%.

Проведение стеральной пункции подтвердило вторичный характер тромбоцитоза, раздражение ростков крови, и данное состояние расценено как реактивный тромбоцитоз.

Исследование костного мозга (12-е сутки): признаки хронической железо- и В12дефицитной анемии, реактивного тромбоцитоза, диспоза всех ростков кроветворения. Через 13 суток больная переведена из отделения реанимации, через 21 сутки выписана из стационара.

#### **Заключение.**

Уникальностью данного клинического случая следует считать развитие выраженного тромбоцитоза на фоне проведения антикоагулянтной терапии, который мог усугубить течение основного заболевания и привести к возникновению рецидива тромбоэмболии. В связи с чем, особое значение приобретает правильно подобранная

программа антикоагулянтной и дезагрегантной терапии. Интересен и факт связи основного заболевания с генетическим полиморфизмом, ассоциированным с риском развития тромбофилии. Лечение пациентов с нарушением в системе свертывания крови по-прежнему одна из сложных задач, влияющих на исход заболевания, качество жизни и трудоспособность пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Болдуева С.А., Самохвалова М.В., Тростянецкая Н.А., Ярмош И.В. Клинический случай тромбофилии у молодой женщины, проявляющейся илеофemorальным тромбозом и рецидивирующими тромбоэмболиями легочной артерии / Проблемы женского здоровья. - 2009. - Т.4, №4. - С.81 - 85.
2. Карелов А.Е., Хведелидзе И.А. Профилактика, диагностика и лечение послеоперационной тромбоэмболии легочной артерии / РМЖ. Приложение. Онкология. - 2013. - Т.4, №2. - С.56 - 60.
3. Кох Н.В., Воронина Е.Н., Пасман Н.М., Филипенко М.Л., Лифшиц Г.И. Исследование ассоциации полиморфизмов генов наследственной тромбофилии с развитием осложнений беременности / Вестник Новосибирского государственного университета. - 2011. - Т.9, №2. - С.257.
4. Мясенко Е.В., Яблонский П.К., Веселкин Н.П., Федорова Т.А. Наследственные формы тромбофилии у больных с венозным тромбоэмболизмом / Регионарное кровообращение и микроциркуляция. - 2012. - Т.11, №1. - С.21 - 25.
5. Ситкин С.И., Колгушкин Г.А., Шишков Ю.К., Елизова А.В., Хижняк Б.И., Янков В.Г., Новосельцев В.А., Роненсон А.М. Возможности тромболитической терапии при лечении массивной тромбоэмболии легочной артерии у роженицы после планового кесарева сечения / Тверской медицинский журнал. - 2014. - №6. - С.83 - 93.
6. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Зотова А.А. Подходы к диагностике и лечению тромбоэмболии ветвей легочной артерии / Качественная клиническая практика. - 2012. - №1. - С.71 - 75.
7. Явелов И.С. Антикоагулянты в лечении тромбоза глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболии легочных артерий / Атеротромбоз. - 2014. - №2. - С.34 - 42.

## ИНФОРМАЦИЯ

### IV-Я КРАЕВАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ "АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ"

26-27 мая 2015 г. состоялась IV-я краевая конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края "Акушерско-гинекологическая помощь в амбулаторных условиях", организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Забайкальское общество акушеров-гинекологов (ЗООАГ) и Министерство Здравоохранения Забайкальского края. В конференции приняли участие врачи акушеры-гинекологи лечебных учреждений г. Читы и Забайкальского края, преподаватели Читинской медицинской академии, аспиранты, клинические ординаторы, интерны ЧГМА, члены Молодежного научного общества ЧГМА.

Открыл конференцию первый проректор Читинской государственной медицинской академии профессор Ю.А. Ширшов, который поприветствовал участников и подчеркнул медико-социальную значимость службы охраны материнства и детства. Заместитель министра здравоохранения Забайкальского края, начальник отдела охраны материнства и детства Н.Г. Игнатьева доложила результаты оперативного анализа младенческой смертности в Забайкальском крае, из которого следует, что за первые 3 месяца 2015 г. отмечается повышение уровня младенческой смертности по сравнению за аналогичный период 2014 г. (2014 г. - 5,6; 2015 г. - 7,7). За I квартал 2015 г. оперативный показатель младенческой смертности составил 9,3. Из районов Забайкальского края, имеющих самый высокий показатель младенческой смертности, были озвучены: Калганский, Газимуро-Заводский, Сретенский, Кыринский, Краснокаменский. Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии МЗ Забайкальского края, член Правления ЗООАГ, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА, к.м.н, доцент М.Н. Мочалова представила доклад "Перспективы развития акушерско-гинекологической помощи в Забайкальском крае", в котором привела основные направления реорганизации акушерско-гинекологической помощи в Забайкальском крае,

направленные на снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности:

1. Реструктуризация коечного фонда акушерско-гинекологического профиля в Забайкальском крае с учетом приказа МЗ РФ от 01.11.2012г. №572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)"; Федеральных методических рекомендаций МЗ РФ от 10.09.2013г. №15 Н/3373В-08 "Обоснование потребности в койках акушерского профиля"; письма МЗ РФ от 08.11.2013 N11-9/10/2-8309 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов".
2. Открытие гинекологического отделения для оказания urgentной помощи на базе ГУЗ ККБ №1.
3. Проведение малоинвазивных высокотехнологичных гинекологических операций в создаваемом Центре амбулаторной хирургии ГУЗ ККБ.
4. Повышение эффективности работы дневных стационаров женских консультаций с целью рационального использования коечного фонда стационаров круглосуточного пребывания.
5. Создание акушерского дистанционного консультативного центра ГБУЗ ЗКПЦ, цель которого - централизованный мониторинг беременных высокой группы риска г. Читы и Забайкальского края.

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГУЗ "КМЦ г. Читы", доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА, к.м.н Е.С. Ахметова выступила с докладом "Современные стационарозамещающие технологии в акушерстве и гинекологии", в котором озвучила проводимые в крае реформы в оказании первичной медико-санитарной помощи беременным и больным с гинекологическими заболеваниями; показания для отбора



беременных с гестационными осложнениями и гинекологических больных для обследования и лечения в условиях дневного стационара женских консультаций; виды малоинвазивных гинекологических операций, которые планируется проводить в создаваемом Центре амбулаторной хирургии ГУЗ ККБ.

Заведующая консультативно-диагностическим акушерским центром ГБУЗ ЗКПЦ Е.А. Горяшина представила доклад "Организация консультативной помощи беременным группы высокого риска в условиях ГБУЗ ЗКПЦ", в котором изложила показания к выделению беременных в группу высокого риска и алгоритм последующего мониторинга их в условиях дистанционного консультативного центра ГБУЗ ЗКПЦ.

Дальнейшая работа конференции была посвящена современным проблемам акушерства, возможностям амбулаторной гинекологической практики и актуальным вопросам гинекологической эндокринологии. С большим интересом и вниманием участники конференции прослушали и обсудили доклады заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ЧГМА, д.м.н. профессора Т.Е. Белокрыницкой "Синдром поликистозных яичников: современное состояние проблемы", в котором изложены основные сведения проекта соответствующего федерального клинического протокола, профессора кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ЧГМА, д.м.н. Э.Д. Загородней "Гиперпролактинемия в генезе эндокринного бесплодия", доцентов кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ЧГМА к.м.н. Е.С. Ахметовой "Миома матки: органосохраняющие методы лечения" и к.м.н. Е.В. Казанцевой "Самопроизвольное прерывание беременности. Современные аспекты ведения" и "Пролиферативные заболевания влагалища и вульвы", ассистента кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ЧГМА к.м.н. Е.П. Белозерцевой "Резус-конфликтная беременность: пренатальная диагностика и тактика ведения", доцента кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ЧГМА, ассистентов кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ЧГМА доцента, к.м.н. Л.Г. Ерофеевой "Ретенционные кисты яичников: тактика ведения. Последствия необоснованных оперативных

вмешательств на яичниках", к.м.н. Е.А. Целюбы "Гиперпластические процессы эндометрия", В.А. Мудрова "Диагностика крупного плода", заведующей женской консультацией поликлинического отделения №4 ГУЗ "КМЦ г.Читы" А.Н. Агафоновой "Полипрагазмия во время беременности. Возможные осложнения у плода", заведующей гинекологическим отделением НУЗ ДКБ Т.М. Баркан "Хронический эндометрит: вопросы диагностики и прегравидарной подготовки", врача акушера-гинеколога медицинского центра "Медицина плюс" Е.Б. Воробец "Воспалительные заболевания органов малого таза: возможности амбулаторного лечения", врача диагностической поликлиники ГБОУ ВПО ЧГМА Т.М. Токаревой "Современные возможности решения интимных проблем у женщин элегантного возраста", врача отделения гинекологии НУЗ ДКБ В.С. Резанович "Стрессовое недержание мочи у женщин".

Во всех докладах, заслушанных на конференции, обращалось особое внимание на необходимость соблюдения федеральных и региональных клинических протоколов и порядка оказания акушерско-гинекологической помощи (приказ № 572-н Минздрава России от 01.11.2012г.), использования современных алгоритмов ведения пациенток с осложнениями беременности и внедрения современных технологий и методов пренатальной диагностики и лечения, строго обоснованного назначения лекарственных средств беременным. Особо отмечено, что в целях сохранения фертильности у пациенток репродуктивного возраста необходимо шире применять органосохраняющие операции на матке, а для сохранения овариального резерва - следует строго соблюдать показания и современные требования к технике операций на яичниках при СПКЯ и ретенционных кистах.

После обсуждения докладов и подведения итогов были сформулированы основные положения резолюции конференции:

1. Одобрить планируемые организационные мероприятия по реформированию и развитию акушерско-гинекологической помощи в Забайкальском крае, направленные на снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности, рациональное использование коечного фонда и повышение эффективности работы амбулаторного звена.
2. Продолжить внедрение современных диаг-

- ностических и лечебных перинатальных технологий.
3. Считать обязательными для исполнения мероприятий по профилактике резус-иммунизации матери и снижению частоты тяжелых форм гемолитической болезни плода путем назначения антирезус(D)иммуноглобулина резус-отрицательным неиммунизированным женщинам при опасности плодово-материнской трансфузии и при случайном переливании резус-положительной крови или трансфузии тромбоцитов. Повторная доза антирезусного иммуноглобулина вводится в первые 72 часа после родов у резус-отрицательных женщин при рождении резус-положительного плода (приказ МЗ РФ от 01.11.2012г. №572н).
  4. Назначение лекарственных средств беременным должно быть строго обосновано, количество назначаемых препаратов должно контролироваться формулярной комиссией медицинского учреждения с целью исключения полипрагмазии.
  5. В целях сохранения репродуктивного потенциала женщин шире использовать органосохраняющие операции на матке, строго соблюдать показания к операциям на яичниках при СПКЯ и ретенционных кистах.
  6. Систематически проводить внутренний и внешний аудит соблюдения федеральных и региональных клинических протоколов и порядка оказания акушерско-гинекологической помощи (приказ № 572-н Минздрава России от 01.11.2012 г.).

*Президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ГБОУ ВПО ЧГМА, д.м.н., профессор Т.Е. Белокриницкая*

*Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии МЗ Забайкальского края, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА, к.м.н, доцент М.Н. Мочалова*

*Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГУЗ "КМЦ г. Читы", доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА, к.м.н. Е.С. Ахметова*

## ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

### "АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ"

Юбилейная российская конференция, посвященная двадцатилетию Центра эндхирургии Городской клинической больницы № 1 Читы, прошла в столице Забайкалья 21 - 22 мая. Именно тогда, в далеком 1995 году, по инициативе заведующего кафедрой факультетской хирургии ЧГМА Сергея Лобанова при поддержке главного врача Евгения Бурдинского был развернут Центр эндхирургии, в котором за два десятилетия пролечены тысячи пациентов, прочтены сотни хирургов, внедрены хирургические методики российского и мирового уровня.

Актный зал Читинской медакадемии на открытии мероприятия был полон. Участников и гостей конференции приветствовали ректор ЧГМА, профессор Анатолий Говорин, первый заместитель министра здравоохранения Забайкальского края Наталья Перевалова, депутат Законодательного Собрания Забайкальского края Алексей Саклаков. Лучшим специали-

там Центра эндхирургии были вручены Почетные грамоты Министерства здравоохранения и Законодательного Собрания Забайкальского края. Среди первых был награжден профессор, доктор медицинских наук Сергей Лобанов, много лет возглавляющий кафедру факультетской хирургии ЧГМА и Центр эндхирургии. Среди гостей были ведущие специалисты страны: Николай Матвеев (профессор кафедры эндоскопической хирургии МГМСУ, Москва), Владимир Анищенко (заведующий кафедрой хирургии НГМУ, один из российских лидеров эндхирургии, Новосибирск), Юрий Привалов (заведующий кафедрой хирургии Иркутского ГИДУВа), Алексей Бутуханов (гинеколог медицинского центра Центробанка, Москва). Представительной была делегация из Республики Бурятия - Леонид Барбоев (заведующий оперблоком Дорожной клинической больницы на ст. Улан-Удэ), Александр Товар-



Организаторы и гости конференции

шинов (доцент кафедры хирургии медфакультета БГУ), Бимба Данзанов (доцент, к.м.н., хирург высшей категории).

В первый день конференции прозвучало около пятнадцати докладов ведущих российских и зарубежных хирургов и ученых, работала специализированная выставка оборудования и лекарственных средств. Нашим землякам есть чем гордиться - оперативные вмешательства и научные разработки Владимира Погребняка, Вячеслава Самойлова, Александра Кошмелева, Татьяны Баркан, Алексея Блюменкранца заслужили высокую оценку аудитории и гостей мероприятия.

Второй день работы был посвящен практическим навыкам. Николай Матвеев и Владимир Анищенко провели три операции, которые в режиме "он-лайн" демонстрировались в

зал. В руках именитых мастеров эндохирургии малоинвазивные вмешательства прошли блестяще, после каждой операции проводилось обсуждение ее деталей и особенностей.

Сердце Центра эндохирургии - кафедра факультетской хирургии ЧГМА под руководством профессора Сергея Лобанова. За два десятилетия через кафедру прошли сотни хирургов, стремящихся работать современно, используя новейшие методы в борьбе с острыми и хроническими хирургическими заболеваниями. Успехов вам в дальнейшей работе, мои дорогие коллеги и друзья! С юбилеем!

*Алексей Саклаков,  
депутат Законодательного Собрания  
Забайкальского края,  
хирург высшей категории*

**МАТЕРИАЛЫ**  
**Российской научно-практической конференции,**  
**посвященной 20-летию Читинского городского центра эндохирургии**

**ЧИТИНСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР**  
**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ - ДОРОГА В 20 ЛЕТ**

**С.Л.Лобанов**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

История развития и становления Забайкальской эндохирургии началась значительно раньше официального возникновения центра. Еще в начале 80-х, когда отделение хирургии находилось в старом корпусе городской клинической больницы №1, были попытки проведения диагностической лапароскопии у больных с неотложной патологией. Попытки не очень удачные, так как имевшийся в наличии лапароскоп производства ГДР, был либо неисправен, либо в неудачном варианте изготовлен. Изображение было мутным с коричневатым оттенком. Во всяком случае, сравнивать было не с чем, другой техники не было. В 1991 году в больницу поступил лапароскоп фирмы "Карл Шторц". Вероятно, это произошло случайно. В те времена, все лучшее распределяли в областную больницу. В данном случае, чиновники, видимо не разобрались. Мы тоже, памятуя разочарования от первых лапароскопий, не знали, будет ли от этого польза. Как сейчас помню, я, молодой заведующий кафедрой, и заведующая хирургическим отделением Вихляева Александра Васильевна, обсуждаем, что же нам делать с новым прибором. Решили поручить его освоение совсем молодым, но очень перспективным хирургам Леониду Карпухину и Олегу Терехову. К нашей радости, они быстро освоили диагностическую лапароскопию. Кроме них методику освоили и другие врачи. Регулярное использование лапароскопии привело к улучшению диагностики, особенно в неясных случаях, при абдоминальном синдроме, закрытой травме живота, когда требовалось быстрое решение лечебно-тактических задач. К 1994 году накопился приличный опыт, позволивший после приобретения соответствующего оборудования, перейти к лечебным операциям. Большой вклад при внедрении метода эндохирургии внес ассистент нашей кафедры Олег Владимирович Терехов (ныне главный врач Тверского онкологического диспансера). Первые операции выполнены в 1994г.

Надо сказать, что эндовидеокомплекс, собранный из приборов разных фирм, был, по нынешним меркам, весьма примитивным. Так при использовании электрокоагулятора брюшная полость заполнялась густым дымом, который приходилось выпускать через клапаны троакаров, возникали длительные паузы. Инсуффлятор очень медленно восстанавливал давление в брюшной полости. Не очень четкое изображение, слабоватое освещение. Вместо монитора использовали бытовой телевизор. Часто ломался электроотсос. Но тогда все равно это действо воспринималось как чудо. А самой главной наградой, было состояние пациентов после операций. Оно резко отличалось от такового после традиционных открытых операций в лучшую сторону. На следующий день они свободно гуляли по коридору не испытывая особых болей, а через 3-5 суток выписывались домой. Конечно, это вызывало желание продолжать, развивать и совершенствовать. В марте 1995 года мы с главным врачом больницы Евгением Николаевичем Бурдинским пришли на прием к тогдашнему мэру города Читы Р. Ф. Гениатуллину с идеей создания центра эндоскопической хирургии на базе ГКБ №1, а также с программой его развития. Равиль Фаритович быстро разобрался в перспективности данного направления и нас поддержал. Следует вспомнить, что указанный период в жизни нашего общества был очень сложным. В больницах не было элементарных вещей, лекарств, расходных материалов, не платили зарплату. Тем более надо отдать должное положительным решениям, которые позволили улучшить качество оказания медицинской помощи. Появилось более совершенное оборудование, новые, в том числе импортные, инструменты. Все это позволило расширить арсенал оперативных вмешательств. Помимо холецистэктомий, выполнялись гинекологические операции, артроскопии, операции на желудке, грыжах передней брюшной стенки и пищеводного отверстия диафрагмы, неотложной хирургической патологии, торакокопии и т.д. Очень важной стала проблема подготовки квалифицированных кадров, как врачей, так и медсестер. Несмотря на финансовые трудности, максимально использовалась возможность для обучения.

В мае 1995г прошла одна из первых конференций по эндохирургии в г.Новосибирске. Принимаем участие (С.Л.Лобанов, О.В.Терехов) и понимаем, что метод только-только начинает развиваться в крупных городах Сибири. Мастер-класс проводит проф. С.Г.Шаповальянц из Москвы. В последующем обучение на различных базах становится регулярным: Новокузнецк, Иркутск, Москва, Казань, Санкт-Петербург и др. Сотрудники центра принимают постоянное участие во всероссийских форумах, ежегодных съездах РОЭХ и др.

Постепенно формировался коллектив. Врачи-хирурги: Алексей Филатов, Андрей Ушаков, Леонид Лобанов, врач-анестезиолог Федор Чепцов. Операционные сестры: Нина Воробьева, Елена Лазовская, Ольга Филатова, Любовь Заболоцкая. Бессменно, много лет работает операционной санитаркой Маргарита

Пияшева. Как всегда, неизбежна ротация кадров. В 1999г. переехал в город Тверь, и там успешно работает Олег Терехов. На другую работу перешел Алексей Филатов. С начала 2000-х, в центр приходят молодые хирурги: Игорь Легких, Евгений Размахнин, Андрей Ивачев, Виктор Шангин, Сергей Мясников, Юрий Лобанов, много лет рядом с хирургами, врач-анестезиолог, заведующий отделением АиР, Алексей Махазагдаев. Коллектив успешно работает и развивается. Ежегодно выполняется свыше 500 лапароскопий и более 300 лечебных операций.

Вместе с тем стало понятно, что один единственный эндовидеокomплекс для такой большой больницы не может решить всех поставленных задач. Поэтому в 2001 году, нами была разработана муниципальная целевая программа "Эндохирургия", которая была утверждена Читинской городской Думой. Реализация данной программы позволила выделить в отдельное направление артроскопию. В развитие данного метода большой вклад внес ассистент кафедры травматологии и ортопедии ЧГМА, к.м.н. Вячеслав Самойлов. Через год приобретен эндовидеокomплекс для ринохирургии. Пионером данного направления стал зав.отделением ГКБ №1 Евгений Поляков. В рамках этой программы реализовано материальное обеспечение данных направлений. В результате освоены и успешно выполнены многие сотни операций по удалению мениска, пластике крестообразных связок, при лечении ЛОР-патологии. В дальнейшем программа "Эндохирургия" вновь разрабатывалась и принималась в 2003 и 2007 г.г. При общей стоимости программы в 9 млн. рублей, экономический эффект от ее выполнения составил свыше 40 млн. рублей.

Центр эндохирургии совместно с кафедрой факультетской хирургии проводит значительную работу по подготовке кадров и внедрению метода в лечебную практику ЛПУ Забайкальского края. В 1999 году создан тематический цикл последипломной подготовки врачей по эндохирургии. За прошедшие годы прошли обучение свыше 80 врачей-хирургов, гинекологов, онкологов. При участии сотрудников центра метод эндохирургии внедрен в практику многих лечебных учреждений города Читы и края. Отработана схема внедрения. После приобретения заинтересованной больницей соответствующего оборудования, обучаем специалиста из данного ЛПУ на базе нашего цикла. Затем проводим выездной мастер-класс на рабочем месте в конкретной больнице. Обычно выполняем 6-8 операций с участием обучаемого хирурга. После указанного курса интенсивного обучения, все местные специалисты начинали и успешно продолжают работать самостоятельно. По указанной схеме метод эндохирургии внедрен в ЦРБ Оловянинского района (Панцырев Ю.М.), ОКБ АБАО, п.Агинское (Митупов И.М), ЦРБ Петровск-Забайкальск (Машуков Ю.Н), ЦРБ г.Шилка (Соинов А.В), ЦРБ п.Могойтуй (Цоктоев Д.Б), ЦРБ г.Борзя (Семенов В.В.), ККБ №3 п.Первомайский (Ли И.А.).

Научная работа связана в основном с проблемами ургентной хирургии. Основные направления:

1. Дифференциальная диагностика между легким и тяжелым панкреатитом на ранних этапах болезни (первые 24 часа), для своевременного выбора наиболее рациональной тактики.
2. Исследование негативного влияния пневмоперитонеума на различные органы и системы.
3. Особенности лапароскопических операций у больных с ожирением.
4. Проблема холедохолитиаза и других осложнений желчнокаменной болезни.
5. Проблемы метода в ургентной хирургии.
6. Экономическая эффективность метода эндохирургии.

Изучена функция внешнего дыхания при эндохирургических операциях в условиях пневмоперитонеума. Установлено, что после указанных операций восстановление функции внешнего дыхания происходит значительно быстрее, чем после открытых операций (Е.В.Размахнин).

Исследованы закономерности и возможности контактной термометрии при лапароскопии для повышения ее диагностической ценности (О.Г.Коновалова).

Изучены особенности послеоперационного периода у больных с различным индексом массы тела. Установлено, что изменение системы гемостаза, гормонального статуса и других показателей происходит в меньшей степени, а восстановление происходит быстрее, чем после открытых вмешательств (Ю.С.Ханина)

Исследованы биологические свойства перитонеального экссудата при остром деструктивном панкреатите, установлены закономерности динамики различных биохимических показателей при различном по прогностическим критериям течении острого панкреатита (Л.С.Лобанов).

Установлены особенности микроциркуляции при различных вариантах течения острого панкреатита (Н.И.Троицкая).

По данным проблемам опубликовано свыше 300 печатных работ. Получено пять патентов на изобретения, защищено 5 кандидатских диссертаций. Опубликовано 12 учебных пособий и 2 монографии. Проведено несколько межрегиональных тематических конференций.

Коллектив центра эндохирургии на базе ГУЗ "Городская клиническая больница №1" за 20 лет проделал большой объем работы, принесший в первую очередь позитивные результаты для населения города Читы и Забайкальского края.

Поздравляю всех сотрудников с юбилеем, желаю здоровья, профессионального долголетия и творческих успехов.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Н.В. Батрак, А.И. Мальшкينا, Н.Ю. Сотникова, Н.В. Крошкина  
ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново

Привычное невынашивание беременности объединяет различные нарушения, как в репродуктивной системе, так и в организме женщины в целом. Этиология невынашивания беременности разнообразна и зависит от многих факторов.

**Целью** исследования явилось изучение роли различных факторов в генезе привычного невынашивания беременности ранних сроков.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 80 женщин с угрозой прерывания беременности ранних сроков и привычным невынашиванием беременности. Группу контроля составили 36 беременных женщин в первом триместре гестации при постановке на учет с неосложненным течением беременности и отсутствием угрозы прерывания беременности. Женщинам основной группы было проведено комплексное обследование, направленное на выявление причины угрозы прерывания беременности.

**Результаты исследования.** Все беременные основной группы на момент обследования имели клинические признаки угрозы прерывания. При этом угрожающий выкидыш был диагностирован у 63,75% женщин, начавшийся выкидыш - у 36,25%. Отслойка плодного яйца по УЗИ определялась у 12,5% женщин. В результате обследования гиперандрогенемия была диагностирована у 27 (33,7%) пациенток основной группы, аномалии развития матки - у 6 (7,5%), антифосфолипидный синдром - у 4 (7,2%). Нами выявлено, что у женщин основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще определяются маркеры острого инфицирования *Mycoplasma hominis*. При этом у женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием достоверно чаще по сравнению с контрольной группой выявляются маркеры острой бактериальной микст-инфекции. Маркеры хронического инфицирования к изучаемым возбудителям достоверно чаще определялись у женщин основной группы. Нами выявлено, что у женщин основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще наблюдаются маркеры хронической вирусной микст-инфекции и хронического вирусно-бактериального инфицирования.

**Выводы.** Таким образом, у большинства женщин основной группы выявлены различные факторы, которые могли способствовать развитию угрозы прерывания в первом триместре гестации при привычном невынашивании беременности. Таким образом, у большей части женщин основной группы трудно выделить основную причину угрозы прерывания беременности, поскольку в основе развития данной патологии лежит сочетание различных факторов.

## АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Е.В. Байке, В.В. Левашко, Д.В. Савватеев  
ГУЗ "Краевая клиническая больница", г. Чита

Хронический воспалительный неспецифический процесс в среднем ухе, несущий в своей основе необратимые морфологические изменения и сопровождающийся клинической картиной прогрессирующей тугоухостью, заставляет исследователей искать возможные методы воздействия на воспалительный процесс на геномном уровне. Известно, что интенсивность синтеза медиаторов может быть генетически обусловлена и дисбаланс противо- и провоспалительных цитокинов, приводит к нарушению адекватного воспалительного ответа.

**Целью** нашего исследования являлось изучение полиморфизма генов цитокинов IL10 (G1082A), IL1b (T31C) и ФНО $\alpha$  (G308A) у больных, страдающих хроническим гнойным средним отитом (ХГСО). Для этого было обследовано 220 пациентов с хроническим отитом и 183 здоровых человека. Исследование полиморфизма генов цитокинов проводили методом ПЦР с электрофоретической детекцией результатов.

**Результаты исследования.** Частота встречаемости мутантной гомозиготы генотипа IL10 практически в 2 раза выше в группе пациентов с хроническим гнойным средним отитом, чем в контрольной. При ХГСО генотип CC IL1b T31C также встречался чаще в 2 раза по сравнению группой пациентов, не страдающих заболеваниями среднего уха. Кроме того, в последней группе частота встречаемости генотипа TT IL1b T31C более чем в 3 раза превалировала над соответствующим генотипом в группе больных людей. При сравнении генотипов ФНО $\alpha$  (G308A) в обеих группах статистически достоверной разницы получено не было.

Следовательно, ассоциация высокой частоты встречаемости генотипа CC IL1b T31C и низкого уровня нормальной гомозиготы противовоспалительного IL10 (G1082A) может являться фактором риска развития хронического воспалительного процесса среднего уха.

**Выводы.** Таким образом, в нашем исследовании установлено, что сочетание мутантной гомозиготы IL1b (T31C) и низкой частоты встречаемости нормальной гомозиготы IL10 (G1082A) может указывать на патогенетическую роль данных медиаторов при патологии уха.

## ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Е.В. Байке, Д.В. Савватеев, Е.В. Митупова  
ГУЗ "Краевая клиническая больница", г. Чита

Реализация воспалительного ответа у лиц, страдающих хроническим гнойным средним отитом, протекает различно и по интенсивности и по продолжительности процесса. По литературным данным известно, что персональные различия в продукции цитокинов определяются полиморфизмом генов. Определенное сочетание генотипов провоспалительных и противовоспалительных медиаторов лежит в основе дисбаланса последних, проявляющегося в активности воспалительного ответа в среднем ухе, и клинически в форме хронического гнойного среднего отита.

**Целью** нашего исследования являлось определение полиморфизма генов IL10 (G1082A), IL1b (T31C) и ФНО $\alpha$  (G308A) при разных формах хронического гнойного среднего отита. Для этого было обследовано 146 человек с мезотимпанитом, 153 пациента с эптитимпанитом и 138 лиц, страдающих эпимезотимпанитом. Диагноз был выставлен на основании жалоб, анамнеза, микроотоскопического и рентгенологического исследований, сурдологического осмотра. Контрольная группа соответствовала по полу и возрасту первой группы. Исследование полиморфизма генов цитокинов проводили методом ПЦР с электрофоретической детекцией результатов.

**Результаты исследования.** Группа с кариозно-деструктивными процессами в ухе отличалась высокой частотой встречаемости мутантной гомозиготы CC IL1b(T31C) и низкой частотой гетерозиготы GA IL10(G1082A) по сравнению с группами мезотимпанита и эпимезотимпанита. Для доброкачественных форм ХГСО характерна практически равная встречаемость генотипов GG, GA, AA IL10. Группу эпимезотимпанита отличала от мезотимпанита высокая частота встречаемости нормальной гомозиготы генотипа TT IL1b. При сравнении генотипов ФНО $\alpha$  (G308A) в обеих группах статистически достоверной разницы получено не было.

**Выводы.** Таким образом, в нашем исследовании установлено, что высокие цифры уровня генотипа CC IL1b (T31C) и низкая частота встречаемости гетерозиготы GA IL10(G1082A) ассоциируется с тимпаноантральной формой хронического гнойного среднего отита.

## ТРОМБЭКТОМИЯ ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

Л.В. Белоцкая, С.Ю. Чистохин  
НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2,  
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

**Актуальность.** Острый тромбоз геморроидальных узлов является частым и наиболее тяжелым осложнением геморроя. Вопросы выбора рационального объема лечения и хирургической тактики при данном осложнении до настоящего времени окончательно не разрешены.

**Цель исследования** - улучшить результаты лечения больных с геморроидальным тромбозом с помощью внедрения малоинвазивной тромбэктомии.

**Материал и методы.** В течение 2013-2014 годов в ДКБ ст. Чита-2 пролечено 80 больных с геморроидальным тромбозом 1-2 стадии, из них 42 человека консервативно (I группа) и малоинвазивным оперативным способом - тромбэктомией 38 больных (II группа).

**Результаты.** В I группе 42-м больным проводилось лечение флеботропными препаратами - детралексом (реже - флебофой) по схеме. В качестве местного лечения применяли свечи и мази с гепарином, гепатромбин Г, нигепан и др. Болевой синдром в этой группе удалось купировать к 4-6 суткам, выпадение плотных узлов и перианальный отек уменьшались лишь к 14-20-м суткам, средняя продолжительность стационарного лечения составила 14 + 3,6 койко-дней, средняя продолжительность листов нетрудоспособности - 24 + 5,5 дней.

Болевой синдром во II группе удалось купировать уже через 1-2 суток, инфильтрация тромбированного узла и перианальный отек уменьшались к 3-5-м суткам, средняя продолжительность стационарного лечения составила 2,4 + 1,6 койко-дней, средняя продолжительность листов нетрудоспособности - 7,2 + 2,5 дней. Следует отметить, что 8 пациентов, лечившихся амбулаторно, вообще отказались от оформления листа нетрудоспособности и успешно пролечились без отрыва от производства, несмотря на настойчивые рекомендации о госпитализации. Длительной реабилитации после такой операции, действительно, не требуется.

**Заключение.** При тромбозе геморроидальных узлов наиболее эффективной и наименее травматичной следует считать именно тромбэктомию - геморрой с помощью данной операции до конца вылечить невозможно, поскольку ликвидация тромба не устраняет причин болезни, но данная процедура значительно облегчает состояние больного и ускоряет выздоровление. Этот вариант лечения как нельзя лучше соответствует современным тенденциям - концепциям "FAST TRACK".

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

О.А. Буслаев<sup>1</sup>, Л.К. Куликов<sup>2</sup>, С.В. Шалашов<sup>1</sup>, А.Л. Михайлов<sup>1</sup>, И.А. Егоров<sup>1</sup>, С.Г. Цыбиков<sup>1</sup>

*НУЗ "Дорожная клиническая больница ОАО РЖД"*,

*ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования<sup>2</sup>, г. Иркутск*

**Цель.** Изучить результаты хирургического лечения пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ ближайшего и отдаленного периода у 81 пациента, перенесшего оперативное лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Все операции начинались лапароскопически, было произведено пять конверсий, получено восемь осложнений, два рецидива заболевания. Из восьми осложнений, шесть интраоперационных. Конверсия доступа произведена в трех случаях в связи с кровотечением, в одном случае - повреждение стенки желудка, а также в связи с повреждением плевры. Основным осложнением в ближайшем послеоперационном периоде была стойкая дисфагия, которая наблюдалась в двух случаях. В отдаленном периоде проведена одна повторная операция при рецидиве грыжи.

**Результаты.** В отдаленном периоде у 95% оперированных пациентов, отмечены хорошие и отличные результаты. У одного - удовлетворительные, связанные с сохраняющейся отрыжкой воздухом и периодически проявляющимися болями в животе. У двух пациентов с рецидивом (3,2%), результат признан неудовлетворительным.

**Заключение.** Основным и радикальным методом лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является хирургический. Лапароскопическая эзофагофундопликация занимает ведущую позицию в лечении данной патологии. Снижение травматичности операции за счет доступа, применения современных ультразвуковых диссекторов, накопления опыта хирургов, позволяют расширить показания для оперативного лечения, а также проводить операции пациентам с сопутствующей патологией и в более старшем возрасте, позволяют улучшить результаты лечения и качество жизни после операции. Несмотря на большой интерес к данному заболеванию и несомненные успехи в его изучении, остается много неясных и спорных вопросов, требующих разрешения и дальнейшего изучения.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ

### В ЛЕЧЕНИИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.В. Вершинин, Т.М. Баркан, Е.М. Чацкис, Е.А. Целюба, Э.Д. Загородняя  
*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

*НУЗ Дорожная клиническая больница, г. Чита*

**Цель работы.** Проанализировать результаты оперативного лечения непальпируемых доброкачественных опухолей молочных желез с использованием системы "Dualok", "Balon", "Bloodliner".

**Методы исследования.** В гинекологическом отделении Дорожной больницы данным методом проведено лечение 40 больных. Во всех случаях жалоб пациентки не предъявляли и опухоль была выявлена при диспансерном обследовании. Суть процедуры состоит в том, что под контролем УЗИ непальпируемую опухоль находит локализационная репозиционная игла-проводник. Ее конструкция гарантирует безопасное уверенное размещение, быстрое и плавное введение, точность ее введения обеспечивается эхогенным наконечником. Образование фиксируется, что позволяет хирургу по проводнику с высокой точностью выйти на него с минимальной травмой ткани молочной железы.

**Результаты исследования.** С использованием системы "Dualok" лечение проведено у 10 пациенток, с "Balon" - у 12, с "Bloodliner" - у 18. Возраст больных от 30 до 41 года, средний  $34 \pm 3,6$  года. Репродуктивный анамнез: рожавших - 32, из них у 21 - одни роды, у 9 - по двое родов, у 3 - по 3 родов. Беременность отсутствовала у 8 женщин в связи с бесплодием. Аборты на ранних сроках от одного до трех имели 30 пациенток. Лактация была от 3 месяцев до 1,5 лет у всех рожавших. Гинекологические заболевания: воспалительные процессы матки и придатков - у 13, миомы матки - у 8 (из них у 3 - оперативное лечение - миомэктомия), эндометриоз - у 7 больных. Гормональные препараты как с лечебной целью, так и с контрацептивной принимали 18 женщин. Послеоперационный период протекал в 100% случаев без осложнений, стационарное наблюдение не более 2 суток. Результат гистологического исследования удаленных опухолей - фиброаденома (100%). Контрольные УЗИ молочных желез проведены через 1, 3, 6 месяцев - патологии не выявлено. При осмотре косметических дефектов, рубцов, патологии также не наблюдалось.

**Выводы.** Малоинвазивные технологии с использованием системы "Dualok", "Balon", "Bloodliner" под контролем ультразвуковой навигации в лечении непальпируемых образований молочных желез имеют не только лечебный, но и косметический эффект.



**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО  
ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ****С.Г. Гаймоленко<sup>1</sup>, Р.А. Сущенко<sup>1</sup>, С.Л. Дручкова<sup>1</sup>, Е.В. Пляскина<sup>2</sup>, Мазин А.С.<sup>1</sup>****ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия<sup>1</sup>, г. Чита****ГУЗ "Краевая детская клиническая больница"<sup>2</sup>, г. Чита**

Длительно функционирующий артериальный проток (ФАП) у недоношенного ребенка является признаком морфофункциональной незрелости сердечно-сосудистой системы. В тех случаях, когда его функционирование сопровождается выраженными нарушениями центральной и региональной гемодинамики принято говорить о гемодинамически значимом ФАП (ГЗ ФАП). Клинические последствия патологического функционирования протока определяются так называемым синдромом "обкрадывания" большого круга кровообращения и легочной гипертензией. Наиболее значимыми ранними проявлениями ГЗ ФАП являются усугубление тяжести РДС на фоне адекватной респираторной терапии, артериальная гипотензия, легочные кровотечения, развитие ранних внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК), снижение толерантности желудочно-кишечного тракта и развитие некротизирующего энтероколита и т.д. Кроме того, по мнению ряда авторов ГЗ ФАП является фактором риска развития БЛД и ретинопатии недоношенных, что вероятно связано с необходимостью длительной и агрессивной ИВЛ у таких больных.

ГЗ ФАП встречается тем чаще, чем ниже гестационный возраст ребенка: у детей, родившихся на сроке 30-32 недели, данное состояние встречается в 10-20% случаев, а на сроке до 28 недель - в 25-70%.

Диагностика ГЗ ФАП основана на клинических признаках перегрузки малого круга кровообращения и левых отделов сердца, обеднения церебрального и мезентериального кровотока, однако решающее значение имеет эхокардиографическое (ЭхоКГ) обследование центрального кровотока. К решающим признакам гемодинамической значимости протока относятся превышение ширины протока более 1,5 мм при массе до 1500 кг и более 1,4 мм/кг у новорожденного с весом более 1500 кг; наличие сброса крови слева направо; наличие ретроградного кровотока в постдуктальном отделе аорты, составляющего более 50% антеградного кровотока; наличие индекса резистентности более 0,8 в передней мозговой артерии и равно или превышающего 1,0 в мезентериальной и/или почечной артериях.

Лечение ГЗ ФАП основано на подавлении синтеза простагландинов - основного фактора, поддерживающего проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов (раствор ибупрофена Педиа® производства "Orphan Europe"). Наиболее эффективным фармакологическое закрытие является у детей до 34 недель гестации при начале лечения в первые 3-4 (не позднее 7) дня жизни. При наличии противопоказаний (нарушения гемостаза, геморрагические осложнения) и неэффективности фармакологического лечения выставляются показания к оперативному закрытию ФАП.

В Забайкалье первые хирургические вмешательства по поводу ГЗ ФАП были единичными и выполнялись у доношенных детей, в связи с зависимостью пациента от аппарата ИВЛ. Развитие неонатологии, выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела в последние годы существенно увеличили потребность в данном виде лечения.

За 20 лет существования отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных краевой детской клинической больницы г. Читы выполнено 30 оперативных вмешательств по закрытию ГЗ ФАП, из них 24 (80%) за период 2011-2015 годы. При этом среди пациентов до указанного периода преобладали доношенные новорожденные с массой тела более 2500 г. Среди 24 пациентов оперированных после 2010 года не было ни одного доношенного: на сроке гестации 24-26 недель - 6 детей (25%), 26-28 недель - 12 (50%), 28-32 недели - 6 новорожденных (25%). Масса тела варьировала от 680 до 1540 г. Средний возраст на момент операции составил  $19,6 \pm 1,5$  дня. Все дети имели клинические и инструментальные признаки ГЗ ФАП, в том числе обеднения церебрального и мезентериального кровотока. У 15 (62,5%) пациентов имелись внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), остальные дети страдали церебральной ишемией I-II степени. При этом у 5 пациентов ВЖК развились на этапе транспортировки или сразу же после нее, что послужило причиной отсрочки оперативного вмешательства. В 21% случаев (5 детей) снижение мезентериального кровотока реализовалось в некротический гастроэнтероколит - у 4 пациентов до оперативного вмешательства и у 1 - после него. Попытка фармакологического закрытия протока в родовспомогательном учреждении выполнялась у 11 детей (46%): в 8 случаях проведено 2 курса, у 3 пациентов - 1. Остальные дети не получали фармпрепарат в подавляющем большинстве (69%) из-за наличия противопоказаний, из которых наиболее частыми были легочное кровотечение и ВЖК.

Оперативное вмешательство выполнялось в 42% в условиях реанимационного отделения в связи с нестабильностью и крайней степенью недоношенности пациента. Стандартная операция заключается в выполнении задней торакотомии в V межреберье слева, выделении артериального протока, его перевязки или клипирования. Классическое выделение протока выполняется между диафрагмальным и блуждающим

нервами, однако в последние 3 года мы используем технологию выделения от аорты. Ширина протока по наружному диаметру составила  $4,96 \pm 0,18$  мм, длина -  $4,04 \pm 0,13$  мм. Как правило, диаметр протока у глубоко недоношенного ребенка соизмерим, а иногда больше диаметра нисходящей аорты. Проток имеет косопоперечное направление, что иногда затрудняет его выделение, т.к. плохо прослеживаются границы между аортой и им самим. После выделения проток берется на 2 нитяные держалки, что позволяет уменьшить его диаметр и обнажить достаточную площадку для наложения клипс. В процессе выделения у 4 пациентов (13%) получено повреждение задней стенки протока, которое во всех случаях успешно остановлено - кровопотеря не превышала 2-3 мл. В подавляющем большинстве (92%) на проток наложены 2 эндоскопические клипсы, а у 2 пациентов - 1 клипса и 1 лигатура. Длительность оперативного вмешательства на настоящий момент не превышает 25-30 минут, что связано не только с накоплением опыта, но и возможностью использования укороченного автоматического клипатора, что значительно облегчает и ускоряет основной этап операции.

Среди всех оперированных пациентов получен 1 рецидив (3%). Одному из первых пациентов выполнялась перевязка протока лавсановой нитью - реканализация наступила через 1,5 часа после операции, имела гемодинамическое значение, что послужило причиной реторакотомии. Летальных исходов, гнойно-септических осложнений связанных с лечением ГЗ ФАП не отмечено.

Таким образом, в последние годы существенно увеличилось число пациентов нуждающихся в хирургическом закрытии ГЗ ФАП. Отработка техники вмешательства, использование современных технологий доступа и клипирования сосудов позволили уменьшить травматичность и длительность вмешательства, минимизировать связанные с этим риски.

### **РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ГАСТРОШИЗИСА С АТРЕЗИЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ (ТИП ШБ)**

**С.Г. Гаймоленко<sup>1</sup>, Р.А. Сущенко<sup>1</sup>, С.Л. Дручкова<sup>1</sup>, Е.В. Пляскина<sup>2</sup>, Мазин А.С.<sup>1</sup>**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия<sup>1</sup>, г. Чита**

**ГУЗ "Краевая детская клиническая больница"<sup>2</sup>, г. Чита**

В процессе внутриутробного развития на ранних сроках органогенеза эмбриональные закладки органов брюшной полости находятся вне ее пределов за счет наличия сообщения с пупочным пузырем. Затем в процессе дальнейшей дифференцировки и развития боковые складки движутся в направлении к центру и сливаются по срединной линии, образуя переднюю брюшную стенку. При нарушении формирования передней брюшной стенки возникает неполное слияние боковых складок с эвентрацией органов. Сроки формирования порока колеблются с 5 по 8 неделю эмбрионального развития.

Гастрошизис - врожденный порок развития передней брюшной стенки при котором через парамедианный дефект брюшной стенки, чаще справа, отмечается выпадение органов брюшной полости, при этом органы расположены вне пределов оболочек амниона. Встречаемость 1:5000. Отмечается мультифакторность причин формирования порока и может наследоваться по аутосомно-рецессивному типу.

Атрезия тонкой кишки по типу ШБ (синдром "яблочной кожуры") редкий вид врожденной кишечной непроходимости при котором отмечается разобщение слепых отрезков тонкой кишки с протяженным дефектом брыжейки и значительным укорочением дистального отрезка тонкой кишки. Встречаемость не более 5% от всех атрезий. Патогенез порока связывают с окклюзией фетальной верхней брыжеечной артерии дистальнее отхождения *a.colica dextra* или *a. ileocolica*. В следствии чего дистальная верхняя брыжеечная артерия и большая часть брыжейки подвергается ишемическому некрозу. За счет ретроградного кровоснабжения формируется спиралеобразная конфигурация кишки. Однако крайне редко может сохраняться кровоток по верхней брыжеечной артерии, а окклюзии подвергаются правая и средняя ободочные артерии. При этом спиралевидная форма кишки сохраняется.

Оба порока развития являются редкими в структуре детской заболеваемости и крайне редкими при их комбинации.

В апреле 2015 г. в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ КДКБ поступил ребенок Г., первых суток жизни, с массой 2540. Ребенок рожден путем кесарева сечения на 35 неделе гестации от первой беременности с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. С рождения состояние расценено как тяжелое за счет ВАР брюшной стенки, незрелости, проявлений интоксикации, обменно-трофических нарушений, неврологической симптоматики. Ребенок переведен на ИВЛ. При осмотре обнаружена эвентрация органов брюшной полости через дефект брюшной стенки до 4,0 см по наибольшему измерению, расположенный справа от нормально сформированного пуповинного остатка. В состав эвентрированных органов входят желудок с двенадцатиперстной кишкой, тонкая кишка и часть толстой. Все отделы эвентрированных органов отечны, инфильтрированы, багрово-цианотичной окраски, покрыты фибрином желто-зеленого цвета. Связка Трейца не визуализируется. Большая часть кишечника представлена конгломератом, на вершине которого имеется некротически измененный участок. В общем анализе крови отмечен относительный умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, при положитель-

ном тесте на прокальцитонин со значением  $\geq 10$  нг/мл, повышении СРБ до 18,7 мг/л, гипоальбуминемии. После предоперационной подготовки с предварительным диагнозом: Врожденный порок развития брюшной стенки - гастрошизис, тотальная форма, выраженная висцеро-абдоминальная диспропорция; Внутриутробный некроз, перфорация тонкой кишки; Сепсис - ребенок взят в операционную. При разделении и ревизии кишечника обнаружено, что на вершине конгломерата располагается слепо заканчивающийся фрагмент некротизированной на весь диаметр тонкой кишки длиной до 5 см с наличием перфоративного отверстия диаметром 4 мм. Сосуды в этой зоне "пустые". При тщательном осмотре кишечника выявлено, что имеет место атрезия тонкой кишки (тип IIIб) с резким фиксированным перегибом дистального фрагмента, послужившего причиной некроза. Толстая кишка визуализируется в виде "змейки", фиксированной слева от тонкой кишки к её брыжейке и желудку. Толстая кишка, начинающаяся слепо, укорочена, проходит при проведении пневмопробы. Ребенку выполнена лапаротомия, сегментарная резекция тонкой кишки, энтеростомия, санация кишечника, пластика передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде ребенок находится в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, где продолжается антибактериальная, гемостатическая, кардиотропная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия, перевязки. Послеоперационный период протекает на фоне дисфункции ЖКТ, течения перитонита. Динамика положительная. Ребенку предполагается выполнение раннего реконструктивного вмешательства, направленного на восстановление целостности желудочно-кишечного тракта.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧЕРЕЗ МИНИ - ДОСТУП (МХЭ)**

**Б.С.Данзанов**

*Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ*

В прежние десятилетия порой только большой разрез позволял выполнять полноценную ревизию органов брюшной полости, поставить окончательный диагноз и провести адекватную патологическому процессу операцию. Стремление к минимальной травматизации при выполнении операции привело к формированию нового направления современной хирургии - видеоэндоскопической технологии. Однако необходимость создания напряженного карбоксиперитонеума и частые конверсии привело в последние годы к разработке альтернативных методик, отличающихся малой травматичностью, основанных на непосредственном визуальном контроле за ходом операции, так называемая холецистэктомия из мини - доступа с элементами открытой лапароскопической техники "мини - ХЭ" - МХЭ. Данная методика не всегда удовлетворяет хирургов в случае конверсии из-за травматичности расширения доступа или срединной лапаротомии.

Нами разработан способ оперативного лечения острого холецистита чрез срединный мини - доступ общехирургическими инструментами, исключающее повреждения внепеченочных желчных протоков, сосудов и травматичную конверсию (Патент на изобретение № 2246907).

Мы представляем результаты лечения 125 больных, оперированных разработанным нами способом. В том числе 5 больным операция как завершение после неудачного лапароскопического этапа. Возраст больных колебался от 35 до 81 года и в среднем составил  $56 \pm 14,1$  года. Острый обтурационный холецистит был у 20 больных, острый обтурационный холецистит в сочетании холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом - у 8, водянка желчного пузыря - у 4, эмпиема желчного пузыря - у 16, эмпиема желчного пузыря в сочетании с холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом - у 4, флегмонозный холецистит - у 20, флегмонозный холецистит в сочетании с холангитом - у 1, гангренозный холецистит - у 8.

73 больным выполнена холецистэктомия в чистом виде. У 20 (16,6%) больных были выполнены холецистэктомия и реконструктивные операции на желчных путях выполнены - холедоходуоденоанастомоз по Юрашу - Виноградову; 3(2,5%) больным - холецистэктомия и цистикодуоденоанастомоз, у 17(14,2%) больных операция закончена дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому, 2 (1,6%) больным холедохолитотомия с глухим швом.

Расширение доступа во время операции потребовалось еще в 14 (12,1%) случаях. Острый калькулезного холецистита с атипичным глубоким расположением шейки желчного пузыря (5), хроническая эмпиема желчного пузыря (3) с плотным инфильтратом в области печеночно- двенадцатиперстной кишки (4), деструктивный холецистит с перивезикальным абсцессом (1) заставили расширить доступ. Но, ни в одном случае доступ не доведен до возможности введения руки хирурга для внутрибрюшного манипулирования. Поэтому, мы не считаем полной конверсией в общепринятом понимании.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде: воспаление операционной раны (серомы) - 3 (2,5%), краевой частичный некроз кожи 4 (3,3%), скопление жидкости в ложе пузыря 3 (2,5%), кровотечение из ложа пузыря - 1(0,8), панкреатит (0,8%). Кровотечение из ложа пузыря потребовало релапаротомии в послеоперационном периоде у 1 больного. Симптомы панкреатита были у одного больного. Купированы консервативной терапией. Скопление жидкости в ложе желчного пузыря потребовало пункции под контролем УЗИ в 1 случае, было удалено 300.0 мл геморрагического содержимого.

Сущность предлагаемого способа оперативного лечения острого холецистита заключалась в следующем: положение больного на спине с валиком в поясничной области высотой не менее 20 см., чем уменьшали глубину операционной раны. Мини - лапаротомия длиной 5-7 см производили в эпигастральной области по срединной линии на равном расстоянии от пупка и мечевидного отростка. Брюшину вскрывали справа от круглой связки печени и брали на швы - держалки вместе с апоневрозом. Для освещения операционного поля применяли обычное освещение, только иногда волоконный световод. Использовали детский ранорасширитель с удлиняющими насадками. Затем заводили за правую долю печени пелот и таким образом желчный пузырь с гепатодуоденальной связкой приближали к операционной ране, т.е. ось операционного действия приближали к 90 градусам. В рану "вывихивали" дно желчного пузыря и в брюшную полость вводили две ограничивающие салфетки. Производили пункцию дна желчного пузыря толстой иглой и удаляли содержимое, тем самым, выполняли декомпрессию. После этого дно желчного пузыря фиксировали окончатый зажимом и производили субсерозное выделение желчного пузыря электрокоагулятором от дна до кармана Гартмана. Для улучшения обзора желчный пузырь в этом месте пересекали между двумя зажимами, например, Сатинского и Федорова. При наличии вколоченных крупных конкрементов в кармане Гартмана, их удаляли. Визуально выделяют отдельно пузырную артерию и пузырный проток из инфильтрата, удаляли остаток желчного пузыря, затем перевязывали культю пузырного протока и пузырную артерию. Дополнительно ложе желчного пузыря обрабатывали перекисью водорода, при необходимости производили дополнительный гемостаз. Удаляли из брюшной полости салфетки и пелот. Через прокол в правом подреберье к винслову отверстию подводили контрольную дренажную трубку. Швы на рану. Длительность операции - от 20 до 45 минут, в среднем  $37,5 \pm 5,2$  минут.

Таким образом, предлагаемый способ оперативного лечения позволил через малотравматичный доступ оказать экстренную хирургическую помощь больным с различными формами острого холецистита на фоне инфильтративных изменений в области гепатодуоденальной связки без грубых интра - и послеоперационных осложнений (повреждения внепеченочных желчных путей и кровотечения) и без конверсии.

#### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКУТАННОЙ ГЕРНИОРАФИИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ**

**С.Л. Дручкова, С.Г. Гаймоленко, А.С. Мазин, Р.А. Сущенко  
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

Одно из первых мест среди заболеваний детского возраста, подлежащих хирургическому лечению, занимает патология влаглищного отростка брюшины. По данным годового отчета отделения плановой хирургии ГУЗ КДКБ г. Читы, грыжесечения составляют 53-58% от всех плановых операций. В детской хирургии существуют разные подходы к лечению врожденных паховых грыж у детей - от традиционного до лапароскопических методик. Сегодня "золотым стандартом" лечения врожденных паховых грыж является грыжесечение с использованием хирургии малых доступов. В связи с простотой и безопасностью лапароскопии в детской хирургической практике, подтвержденной многочисленными работами, имеется обоснованная тенденция к использованию малоинвазивной хирургии для лечения врожденных паховых грыж.

Впервые лапароскопическая герниорафия в ГУЗ КДКБ выполнена в 2006 году, однако, широкое распространение получила с 2010 года. За период с 2010 по 2012 гг. 83% пациентов, оперированы эндоскопически. По мере накопления опыта продолжительность герниорафии уменьшилась с 25-30 минут до 10-15 и в настоящее время составляет  $12 \pm 3$  мин., по сравнению с классическим грыжесечением  $25 \pm 7$  мин. Однако, развитие новых экстраперитонеальных методик позволило нам с 2013 года широко внедрить в практику транскутанную герниорафию с лапароскопической ассистенцией, т.н. метод SEAL (Subcutaneous Endoscopy Assisted Ligation), который заключается в перевязывании шейки грыжевого мешка хирургической нитью, проведенной субперитонеально и циркулярно охватывающей шейку. Для проведения лигатуры используется изогнутая в сагиттальной плоскости игла типа Дешана с притупленным концом. Для захвата конца нити в условиях брюшной полости также используется прием "петли-лассо", что в ряде случаев позволяет обойтись без установки дополнительного троакара и использования эндозажима.

В период с августа 2013 года по февраль 2015 года было выполнено 97 транскутанных герниорафий с лапароскопической ассистенцией методом SEAL. Интраоперационных осложнений отмечено не было. Среднее время операции составило 15 мин. Пациенты вставали на ноги в первые сутки. Детей наблюдали в течение 7 суток. Послеоперационных осложнений 2 в виде рецидива (ослабление лигатуры).

Методика SEAL позволяет избежать сложностей наложения интракорпоральных швов и делает процедуру доступной даже хирургу с базовыми навыками. Кроме того, применение транскутанной герниорафии позволяет существенно уменьшить послеоперационный болевой синдром по сравнению с традиционными методиками, что в первую очередь связано со снижением интраоперационной травматизации тканей, особенно при двусторонней грыже. Методика SEAL относительно проста, эффективна, при минимальной

инвазивности дает хорошие косметические результаты и быстрое восстановление пациента в послеоперационном периоде.

В настоящее время опыт применения методики SEAL в ГУЗ КДКБ позволяет сделать вывод о том, что данный метод лечения врожденных паховых грыж имеет ряд преимуществ и может быть применен в хирургической практике как один из альтернативных подходов к лечению паховых грыж у детей. При лапароскопической операции имеется возможность одновременного выполнения герниопластики с обеих сторон через единый доступ без дополнительных разрезов. Из осложненных паховых грыж эндоскопическим способом мы рекомендуем лечить рецидивные грыжи. Использование эндохирургической герниорафии при устранении рецидивных паховых грыж, оперированных ранее передними (традиционными) доступами, более радикально, так как в подобных случаях операции проходят в условиях нормальной анатомии тканей, вне зоны рубцов, что снижает риск ятрогенных повреждений сосудов и нервов паховой области и элементов семенного канатика.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СВЯЗОЧНО-КАПСУЛЬНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

**Т.В. Забелло<sup>1</sup>, С.К. Ложкин<sup>2</sup>, А.М. Мироманов<sup>1</sup>, Е.В. Намоконов<sup>1</sup>, Д.Ю. Дрянов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

<sup>2</sup>*НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2", г. Чита*

Частота травматического повреждения коленного сустава достигает в Российской Федерации до 2 млн. эпизодов ежегодно, из них - переломы костей, образующих сустав, составляют лишь 6-7% и, как правило, сочетаются с повреждениями других суставных компонентов, а в остальных случаях регистрируются повреждения внутренних структур сустава - менисков, связочного аппарата и суставного гиалинового хряща.

**Цель исследования** - выявить эпидемиологические особенности повреждений связочно-капсульного аппарата коленного сустава у пациентов при артроскопическом лечении. **Материалы и методы.** Обследовано 523 пациента в возрасте от 15 до 56 лет (средний возраст 36,5±4,2) за 2013-2014 годы на базе НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2". Из них мужчины составили 63,9%, женщины - 36,1%. Сроки обращения за специализированной медицинской помощью составили от 1 года до 8 лет с момента травмы у 345 пациентов (65,9%). **Результаты.** Артроскопия выполнялась одинаково часто на правом и левом коленном суставе. В 79,8% регистрировалось повреждение медиального мениска, в 18,4% - латерального и в 1,8% - их сочетание. У 88,5% больных отмечено повреждение заднего рога, в 11,5% тела и переднего рога медиального мениска. Что касается латерального мениска, то повреждение заднего рога отмечено в 54,5%, тогда как тела и переднего рога - в 46,5%. У 11,3% пациентов наряду с повреждением менисков диагностировалось повреждение передней крестообразной связки (полный разрыв был отмечен у 4,5% больных). Данной категории пациентов выполнялась артроскопическая стабилизация коленного сустава - пластика передней крестообразной связки аутотрансплантантом из сухожилия полусухожильной мышцы бедра. При ревизии сустава у 19,6% диагностирована хондромалиция I ст., в 42,3% - II ст., в 25,8% случаев - III-IV ст. При хондромалиции суставного хряща I-II стадии проводили холодно-плазменную коблацию с целью поверхностного моделирования хряща, при III - IV степени - обработку краев хрящевого дефекта. **Заключение.** Отмечено позднее обращение пациентов за специализированной медицинской помощью (от 1 года до 8 лет с момента травмы), в результате у 19,6% диагностирована хондромалиция I ст., в 42,3% - II ст., в 25,8% случаев - III-IV ст. Данный факт требует более тщательного подхода к диагностике повреждений связочно-капсульного аппарата коленного сустава при первичном обращении больных за медицинской помощью.

### **САТУРАЦИОННАЯ ТРАНСРЕКТАЛЬНАЯ БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**А.В. Карман, Е.А. Леусик, В.С. Дударев, С.В. Шиманец, Е.В. Гапеенко, Т.И. Набебина**

*ГУ "Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им.*

*Н.Н. Александрова", г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель исследования.** Оценить эффективность комплексной клиничко-лучевой диагностики рака предстательной железы (РПЖ) у пациентов с негативным результатом первичной мультифокальной биопсии.

**Материал и методы.** В исследование включен 181 пациент. Перед повторной систематической биопсией всем пациентам проводилось следующее обследование: анализ крови на определение уровня свободного и общего простатспецифического антигена (ПСА), [-2]проПСА, пальцевое ректальное исследование, мультипараметрическая магнитно-резонансная томография (мп-МРТ) органов малого таза, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы. Каждый очаг, выявленный при ТРУЗИ и мп-МРТ, оценивался по четырехбалльной шкале следующим образом: 0 - определенное отсутствие опухо-

ли; 1 - опухоль нельзя исключить; 2 - высокая вероятность наличия опухоли; 3 - определенное наличие опухоли. Повторная мультифокальная биопсия простаты выполнялась под контролем ТРУЗИ из 24 точек, предусмотренных протоколом систематической биопсии, дополнительно брались образцы ткани из зон, подозрительных на злокачественное поражение, по данным мп-МРТ и ТРУЗИ. Возраст пациентов колебался от 46 до 83 лет, средний возраст составил 64,5 лет. Медиана общего ПСА перед повторной биопсией составляла 8,3 нг/мл (разброс значений 0,4 - 40,7 нг/мл), свободного ПСА - 1,4 нг/мл (разброс значений 0,2 - 17,9 нг/мл), [-2]проПСА - 17,7 пг/мл (разброс значений 1,3 - 332,7 пг/мл).

**Результаты.** По данным ТРУЗИ гипоехогенные образования визуализированы у 47 (26,0%) пациентов. При мп-МРТ диагностировано 166 зон снижения интенсивности сигнала на T2-ВИ у 124 (68,5%) пациентов. При морфологическом исследовании биопсийных микропрепаратов РПЖ выявлен у 79 (43,6%) обследованных, сумма баллов по шкале Глисона колебалась от 5 до 9, медиана составила 6 баллов. Чувствительность и специфичность метода ТРУЗИ при оценке патологического очага в 3 балла составили 36,8% и 98,1%, метода мп-МРТ при такой же оценке - 38,6% и 99,4% соответственно.

**Выводы.** При применении комплексного диагностического подхода удается достигнуть уровня выявления РПЖ в 43,3%, что существенно превышает уровень применявшейся ранее в РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова методики повторной мультифокальной биопсии (16,7%) ( $p < 0,01$ ).

### **РАДИКАЛЬНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ У БОЛЬНЫХ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ РАКОМ**

**Е.В. Каюкова, Т.В. Каюкова**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Одним из приоритетных курсов развития современной медицины является оказание эффективной, высокотехнологичной, безопасной и экономически оправданной медицинской помощи. В рамках этого направления в онкологической практике широко развиваются малоинвазивные методики лечения онкогинекологических больных. Одной из радикальных операций, используемых в лечении рака шейки матки, рака эндометрия является лапароскопическая расширенная экстирпация матки с придатками (LTNE).

**Цель исследования:** оценить показания, условия выполнения, преимущества, осложнения и недостатки LTNE в лечении онкогинекологических больных.

**Методы исследования.** В Забайкальском краевом онкологическом диспансере в 2014г. выполнено 15 LTNE. Показаниями к этой операции были: местнораспространенные и неблагоприятные в прогностическом плане формы рака эндометрия, рака шейки матки. Хирургическое пособие проводилось с использованием эндоскопической стойки "Karl Storz" с визуализацией высокого разрешения, гармонического скальпеля "HARMONIC". Обязательным условием для соблюдения принципов абластики- и антиблаستيки являлись: коагуляция перешейки маточных труб, исключение грубых манипуляций с опухолью, что достигалось путем использования маточного манипулятора, удаление блока клетчатки с лимфоузлами через троакар или с использованием эндобэга.

Основные преимущества LTNE: детальная визуализация анатомических структур, нервосберегающий характер, препаровка углекислым газом, меньшая интраоперационная кровопотеря (30-100 мл), тщательная лимфодиссекция (количество удаляемых лимфоузлов (12-30)), отсутствие необходимости в назначении наркотических анальгетиков и антибактериальной терапии в раннем послеоперационном периоде, ранняя активизация больных и начало специализированного послеоперационного лечения, скорейшая реабилитация. Недостатки LTNE: длительность операции, затраты на техническое обеспечение. В настоящее время исследуемая группа пациентов находится под диспансерным наблюдением, данных за рецидив и прогрессирование опухоли нет.

**Выводы.** Использование LTNE позволяет выполнить адекватное стадирование, с минимальной травматизацией обеспечить радикальное хирургическое лечение, скорейшую реабилитацию больных онкогинекологическим раком.

### **ЛАПАРОСКОПИЯ КАК КОМПОНЕНТ МЕЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ FAST TRACK SURGERY В ЛЕЧЕНИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Е.В. Каюкова, Т.В. Каюкова**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Злокачественные опухоли органов женской репродуктивной системы составляют 10-15% в структуре общей онкологической заболеваемости женщин в мире. Что касается Забайкальского края, то в 2013г. на его долю пришлось около 35%. Поэтому в нашем регионе очень актуальным и востребованным является освоение и внедрение в практику высокотехнологичных видов медицинской помощи для хирургического лечения онкогинекологических больных. Fast track surgery (FTS) - современная программа хирургического лечения

больных, включающая в себя качественное изменение всех фаз лечебно-диагностического процесса: предоперационной подготовки, интраоперационного лечения и послеоперационной реабилитации больных.

**Цель настоящего исследования** оценить возможность применения FTS в хирургическом лечении больных раком шейки матки и раком эндометрия.

**Материалы и методы исследования:** объектом исследования стал анализ данных 40 больных, пролеченных в хирургическом отделении опухолей женской репродуктивной системы Забайкальского краевого онкологического диспансера с помощью подхода FTS. Из них 20 пациенток с диагнозом рак шейки матки (17 больных - Ia1 стадии нерепродуктивного возраста с сопутствующей гинекологической патологией, 3 - с диагнозом рецидивирующий рак шейки матки 0 стадии с ростом опухоли по ходу цервикального канала) и 20 больных с диагнозом рак эндометрия 0-III стадии. Средний возраст больных составил 58 лет.

**Результаты исследования.** Для каждого больного была скорректирована программа FTS.

**Предоперационная подготовка.** *Предоперационное консультирование и обучение пациентов:* выявлялась сопутствующая патология, при необходимости производилась ее коррекция, проводилось информирование пациентов о возможностях программы, анестезии, оперативном пособии. Критериями исключения являлись: заболевания, являющиеся противопоказанием к плановому оперативному вмешательству, общей анестезии и наложению карбоксиперитонеума. *Отказ от премедикации седативными препаратами.* Для предоперационной подготовки кишечника мы использовали слабительное Фортранс. *Профилактика венозных осложнений* осуществлялась с помощью использования антикоагулянта прямого действия Гемопаксана в профилактической дозе за 12 часов до хирургического вмешательства и в течение 2-3- дней после него, а также проводилась компрессия вен нижних конечностей эластическими чулками накануне операции и в раннем послеоперационном периоде. *Профилактика инфекционных осложнений* осуществлялась путем введения 1гр Цефтриаксона внутривенно периоперационно.

**Интраоперационное лечение.** *Анестезия, сводящая к минимуму хирургический стресс, соответствует целям FTS.* Всем пациентам проводилась многокомпонентная общая анестезия с использованием миорелаксантов средней продолжительности действия. *Использование миниинвазивных доступов* позволяет получить все преимущества лапароскопической хирургии: детальная визуализация; уменьшение травматичности операций; сокращение сроков нетрудоспособности; минимальный спаечный процесс; меньшая кровопотеря; раннее начало специального послеоперационного лечения; отсутствие необходимости введения наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде; ранняя активизация; более короткий реабилитационный период; косметический эффект; препаратка углекислым газом. Всем пациенткам выполнялась лапароскопическая экстирпация матки с (36) или без придатков (4) по стандартной методике. Интраоперационное осложнение - повреждение мочевого пузыря, возникло у одной женщины, в анамнезе у которой было Кесарево сечение. Осложнение диагностировано во время операции, выполнена цисторафия 2-рядным швом из лапароскопического доступа. На 12-е сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии. *Отказ от рутинной установки дренажей и назогастральных зондов.* *Профилактика гипотермии* за счет использования ламинарных потоков воздуха в операционной, укрывания неоперируемых частей тела, после операции - укрывание теплым одеялом вплоть до перевода в палату. *Оптимизированная инфузионная терапия.* *Отказ от необоснованных гемотрансфузий.*

**Послеоперационный этап.** Венозные, мочевые катетеры удалялись в течение 12 часов после операции, что позволило в более короткие сроки активизировать больных, и являлось немало важным фактором для профилактики послеоперационных осложнений. В послеоперационном периоде в течение первых суток для обезболивания назначался 5% раствор Трамадола 2мл через 6 часов. В дальнейшем на 3 дня Кеторол 30 мг. Перистальтика кишечника восстанавливалась в течение первых суток после операции, и в это время больным разрешалось диетическое питание по 1-му столу. Необходимости в назначении прокинетики не было. Следует отметить, что в послеоперационном периоде ни у одной больной не было осложнений.

**Выводы.** Таким образом, внедрение в практику и использование многокомпонентной системы Fast track surgery в хирургическом лечении пациенток с диагнозом рак шейки матки, рак эндометрия оправдано и подлежит дальнейшему применению.

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Т.В. Каюкова, Е.В. Каюкова

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

**Цель исследования:** проанализировать возможности лапароскопии в лечении больных с диагнозом рак шейки матки.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ протоколов LS-х оперативных пособий (37), выполненных больным с диагнозом РШМ на базе Забайкальского краевого онкологического диспансера в 2013-2014гг.

**Результаты исследования.** За последние 2 года на базе онкологического диспансера при РШМ выполнено 37 LS операций различной категории сложности. Средний возраст составил -  $48 \pm 2,6$  лет. Частота конверсий составила - 2,7%. Удельный вес лапароскопических пособий у данной категории больных занимает LS-я интрафасциальная экстирпация матки с или без придатков (67,6%). Показаниями к ее выполнению были рак *in situ*, микроинвазивный рак шейки матки. В одном случае интраоперационно диагностировано ранение мочевого пузыря у женщины с кесаревым сечением в анамнезе, что удалось купировать путем цисторафия 2-х рядным швом из LS-го доступа. У другой пациентки в раннем послеоперационном периоде диагностирована послеоперационная гематома малого таза, вероятно, связанная с отхождением коагуляционного струпа с одной из крестцово-маточных связок. Выполнено дренирование и санация малого таза через культю влагалища. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

У 10 больных выполнена LS-я расширенная экстирпация матки с придатками по поводу РШМ с инвазией опухоли более 3мм. Объем удаляемых тканей включал: матку с придатками, верхнюю треть влагалища, боковой параметрий от уровня внутренних подвздошных артерии, 2/3 крестцово-маточных и кардинальных связок, тазовые лимфоузлы (наружные, внутренние подвздошные, obturatorные). Осложнений не было.

2-м женщинам с местнораспространенной формой РШМ (III стадия) была выполнена LS-я транспозиция яичников перед проведением сочетанной лучевой терапии. Осложнений не было.

В настоящее время все пациентки, пролеченные с помощью LS технологий, находятся под наблюдением. Данных за прогрессирование опухолевого процесса нет.

**Выводы.** Несмотря на небольшой опыт использования LS-й операций в лечении больных с диагнозом РШМ, анализ данных показал, что на региональном уровне выполнение этих операций возможно, целесообразно и оправдано.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ

В.А. Козлов, М.Г. Пимкин, В.Е. Галиакберов  
ГУЗ "Краевой онкологический диспансер", г. Чита

**Цель работы.** Показать необходимость и возможность более широкого внедрения лапароскопических операций в онкопроктологии. В настоящее время колоректальный рак (КРР) является одной из самых распространенных патологий в структуре онкологических заболеваний. Основным методом лечения больных КРР остается хирургический. Малоинвазивные технологии в хирургии рака прямой кишки находят все большее применение в мировой практике. Многочисленные исследования наших западных коллег доказали, что лапароскопические операции при КРР отличаются от открытых операций значительно меньшей кровопотерей, снижением болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращением сроков пребывания больного в стационаре и сроков восстановления физической активности, уменьшением процессов спаечкообразования. В статье представлен опыт выполнения 23 видеоэндоскопических операций у больных раком сигмовидной, прямой кишки, выполненных в торакоабдоминальном отделении ГУЗ КОД города Читы.

Так же можно отметить, что лапароскопическая хирургия рака прямой кишки не является общедоступным методом лечения. Среди причин недоверия к лапароскопическим операциям можно отметить убежденность некоторых хирургов в необходимости ручной ревизии как окончательного метода оценки распространенности рака, а также сомнения в соблюдении принципов радикализма подобных операций. Кроме того, лапароскопические операции при раке толстой кишки относят к одним из наиболее сложных операций, выполняемых лапароскопически, и требуют от хирурга широкого опыта владения определенными навыками.

**Материалы и методы.** За период с января 2013 года по март 2015 года в нашем диспансере выполнено 23 лапароскопических операций на сигмовидной, и прямой кишке (7,5% от общего числа операций на прямой и ободочной кишке). Отбор больных на операции проводился с учетом ограниченной возможности интраоперационной пальпаторной ревизии, кроме стандартных методов исследования (эндоскопического и рентгеноконтрастного исследований толстой кишки, ультразвукового исследования органов брюшной полости и малого таза, рентгенологического исследования органов грудной клетки) проводились уточняющие методы - компьютерная томография или МРТ (оценка состояния забрюшинных лимфатических узлов, местного статуса опухоли). В группе пациентов мужчин было 7, женщин - 16. Средний возраст пациентов 65 лет. Средний ИМТ  $24 \text{ кг/м}^2$ . Показаниями к операции были злокачественные опухоли, верифицированные до операции, не осложненные кишечной непроходимостью, кровотечением. Рак левой половины ободочной кишки - 11 в том числе и ректосигмоидного перехода, Рак прямой кишки 6 случая. Объемы операций: 3 брюшно-промежностных экстирпации прямой кишки 12 резекция сигмовидной кишки с интракорпоральным анастомозом 8 низких передних резекций прямой кишки с парциальной мезоректумэктомией, интракорпоральным анастомозом Средняя продолжительность операции около 3,5 часов.

**Результаты.** В 5 (21 %) случаях был выполнен переход на открытую операцию. Причинами конверсии



послужили выраженное висцеральное ожирение - 2 случая, Постлучевой фиброз, с формированием параколитического абсцесса -1 случай, Полученное интраоперационное кровотечение при обработке сосудов 2 случая. Осложнение: у одного больного несостоятельность аппаратного анастомоза на 7-е сутки. У одного пациента обострение хронического панкреатита, данное осложнение очень часто встречается по данным западных коллег связано с близким расположением нижней брыжеечной вены к поджелудочной железе ее случайная травматизация. 1 одного больного ранее послеоперационное кровотечение с промежностной раны. Осложнений составило 13 %. У остальных пациентов послеоперационный период протекал значительно легче, чем после лапаротомных операций. Практически со 2-х суток больные самостоятельно передвигались, на 2-3 сутки восстанавливается функция кишечника и начинается раннее кормление. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии на 7-8 сутки после операции. У больных после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки более длительное время сохранялся парез кишечника в связи, с чем они выписывались на 10-12 сутки. При патогистологических исследованиях в макропрепаратах находилось достаточное количество л/узлов (8-10), что говорит о адекватно выполненной лимфодиссекции. К сожалению не удается отследить всех пациентов в отдаленный период знаю лишь что у одной пациентке после резекции сигмовидной кишки через 9 месяцев местный рецидив в области анастомоза.

**Выводы.** Лапароскопические операции при раке прямой кишки являются технически выполнимыми и щадящими для пациентов не только при сфинктеросохраняющих операциях, но и при экстирпациях прямой кишки. Тщательный отбор больных позволяет снизить частоту конверсий и риск осложнений, как во время вмешательства, так и в ранние сроки после операции. Малоинвазивные технологии в хирургии рака прямой кишки позволяют сократить сроки пребывания больных в стационаре, что, несомненно, является благоприятным фактором в процессе их реабилитации. В отделении и дальше планируем развивать данное направление, учитывая полученные результаты и поддержку со стороны руководства больницы в оснащении, необходимыми расходными материалами, так как, лапароскопическая хирургия напрямую зависит от инструментария которым приходится работать хирургу.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ХИРУРГИИ**

**О.Г. Коновалова, С.Л. Лобанов, Е.В. Размахнин, Ю.С. Ханина**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

С повышением технической оснащенности медицины, значительно расширились возможности диагностики и контроля при различных патологических процессах.

Диагностическая лапароскопия является одним из эффективных методов диагностики и дифференциальной диагностики при внутриполостной патологии. Визуальный осмотр брюшной и плевральной полостей дает чрезвычайно ценную информацию о патологических изменениях. Вместе с тем, данный метод имеет и определенные ограничения. При некоторых заболеваниях для диагностики и дифференциальной диагностики недостаточно только лишь визуальной информации, которая в основном носит субъективный характер. Нередко интересующий объект недоступен для осмотра вследствие спаечного процесса, анатомических особенностей и т.д. Использование контактной термометрии, на наш взгляд, позволило более объективно оценивать имеющиеся изменения.

Для термометрии использовали, изготовленный совместно с лабораторией Забайкальского института транспорта, электротермометр. Диаметр тубуса 5мм.

Основные характеристики: основным элементом термометра является интегральная микросхема К 572 АП2. Данная микросхема является аналого-цифровым преобразователем. Опорное напряжение данного преобразователя осуществляется от прецизионного стабилизатора тока, позволяющего обеспечить точность преобразования: температура - погрешность в пределах 0,01 градуса С. В качестве датчика температуры использован полупроводниковый элемент с линейной характеристикой. Для отображения температуры использованы 4 семисегментарных индикатора. Прибор помещен в корпус из латуни. Датчик температуры установлен на съемном удлинителе, дающем возможность обеспечить стерилизацию отдельно от основного прибора. Питание прибора осуществляется от батареи "Крона" или аккумулятора 9В.

Технические характеристики электронно-цифрового термометра:

Напряжение питания - 9В ± 5%

Допустимая температура использования 0 - 40°C

Цена деления 0,01°C

При острых воспалительных процессах регистрируется повышение температуры в очаге воспаления, а при патологии связанной с нарушением кровоснабжения температура в очаге соответственно снижается.

При выборе лечебной тактики при различных вариантах течения желчнокаменной болезни, также воз-

можно использовать данные интраабдоминальной термометрии для оценки характера выраженности воспалительного процесса, что позволит вносить соответствующие коррективы в проводимую терапию.

Дальнейшие перспективы развития метода, несомненно, связаны с совершенствованием лапароскопической техники, а также приборов для контактной термометрии.

Для объективной оценки источника и характера воспаления и улучшения качества диагностической лапароскопии при экстренной полостной патологии рекомендуется использовать контактную термометрию, как дополнительный метод диагностики.

Поэтому поиск и анализ дополнительных технологий для улучшения диагностики внутриполостной патологии имеет теоретическое и прикладное значение.

Полученные данные свидетельствуют о диагностическом значении комплексного применения лапароскопии в сочетании с контактной термометрией, что позволяет не только визуально оценить патологический очаг, но и на ранней стадии прогрессирования заболевания, при отсутствии морфологических изменений органа, выявить изменение температурных показателей, что позволяет увеличить информативность диагностической лапароскопии.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКИМИ И ЦИРРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

**О.Г.Коновалова, С.Л.Лобанов, Е.В.Размахнин, Ю.С.Ханина**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

В связи с растущей алкоголизацией населения, распространением наркомании, больных с парентеральными вирусами гепатита (В, С, D), возрастает количество больных с циррозом печени. Известно, что ранняя диагностика циррозов печени представляет определенную сложность, которая обусловлена разнообразием его клинических проявлений. Выявлено, что комплексное применение инструментальных и лабораторных методов позволяет с высокой точностью диагностировать цирроз печени, еще на ранней стадии его прогрессирования.

Клинические проявления цирроза печени достаточно разнообразны и в основном определяются особенностями этиологических факторов, степенью активности процесса, функциональными изменениями печени, а также развитием портальной гипертензии. Все это приводит к тому, что у многих больных заболевание диагностируют лишь при развитии осложнений или выраженных обострений болезни в терминальной стадии. Таким образом, возникает необходимость оптимизации методов диагностики больных с вирусными и цирротическими поражениями печени. Исследования были проведены в трех группах за период с 2008 по 2013 года. В первой группе ( $n = 65$ ) не было визуальных и клинико-лабораторных изменений со стороны печени. Во вторую группу были включены 87 пациентов с признаками гепатитов различной этиологии и в третью группу вошли 60 пациентов с диагнозом цирроз печени. Всем больным с целью верификации диагноза проводилась диагностическая лапароскопия в сочетании с термометрией поверхности печени. Для термометрии использовали изготовленный совместно с лабораторией Забайкальского института транспорта электротермометр. После введения троакаров проводили контактную термометрию поверхности правой доли печени. Интервал времени, необходимый для нагревания прибора, зависел от температуры окружающей среды, при использовании его в условиях стабильного температурного режима (операционной), не превышал 60 секунд. Для объективизации полученных данных мы сопоставляли температуру поверхности печени с температурой в области печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС) и подмышечной впадины (ПВ). Температура ПДС в норме  $37,61 \pm 0,41^\circ\text{C}$ , а температура ПВ  $36,68 \pm 0,25^\circ\text{C}$ . Во время проведения лапароскопического вмешательства, помимо измерения температуры поверхности печени, проводилась прицельная биопсия наиболее "проблемных" зон печени с последующим гистологическим анализом биоптатов.

В норме температура печени составила  $37,3 \pm 0,29^\circ\text{C}$ , однако при циррозе отмечается снижение температуры до  $35,67 \pm 0,31^\circ\text{C}$ , что, вероятно, связано со значительной перестройкой ткани печени, в результате которой нарушаются соотношения паренхимы и стромы, в пользу последней. Наряду с этим отмечается существенное изменение микроциркуляции, что приводит к заметному снижению температуры ткани печени.

Морфологическая картина печени при диагностической лапароскопии выглядела следующим образом: в 56% печень была увеличена в размере, поверхность ее была неоднородная, бугристая за счет узлов до 1 см в диаметре, край печени закруглен. При микроскопическом исследовании биоптатов печени в 63%, были выделены монолобулярные узелки в пределах одной печеночной дольки, в них отсутствовали портальные тракты и центральные вены. Узелки были окружены тонкими тяжами соединительной ткани, отмечалась жировая дистрофия гепатоцитов, наличие в них гигантских митохондрий, образование алкогольного гиалина (тельца Маллори), центральный и перигепатоцеллюлярный фиброз, что свидетельствует об алкогольной этиологии цирроза; некроз гепатоцитов, а также лимфоидно-клеточная инфильтрация паренхимы и соединительнотканых септ указывает на активный цирротический процесс.

Полученные данные свидетельствуют о диагностическом значении комплексного применения лапароскопии в сочетании с контактной термометрией печени, что позволяет не только визуально оценить поверхность печени, но и на ранней стадии прогрессирования заболевания, при отсутствии морфологических изменений поверхности печени, выявить снижение температуры печени, что указывает на цирротический процесс. Лапароскопия, усиленная возможностями биопсии, позволяет получить необходимое количество ткани печени для детальной оценки морфологического субстрата болезни. Комплексное применение инструментальных методов диагностики позволяет с высокой точностью выставить диагноз цирроз печени еще на ранней стадии его прогрессирования, что дает возможность врачу определиться с верной тактикой лечения, замедлить прогрессирование заболевания и тем самым, продлить жизнь больного.

### **ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ТЕРАПИИ ДГПЖ**

**А.А. Кошмелев, П.А. Иванов, В.А. Дударев, Д.А. Сахаров, Р.Е. Минашкин**  
*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) распространенное заболевание у мужчин старшей возрастной группы, достигающее 40% в возрасте после 40 лет, а после 80 лет - 90% (EAU). Большое количество вариантов консервативного лечения симптомов нижних мочевых путей (СНМП) при ДГПЖ не всегда позволяет добиться желаемого результата, особенно у пациентов, имеющих большой объем предстательной железы. Единственным радикальным методом лечения ДГПЖ на сегодняшний день остаётся хирургический, который должен быть основан на эффективности и безопасности для пациента.

В объект нашего исследования вошли 8 пациентов с объемом предстательной железы более 80 см<sup>3</sup>, выраженными симптомами IPSS, постоянно наблюдающиеся урологом. Причем мы не преследовали цель отобрать пациентов по наличию тяжелой соматической патологии, а предлагали им самим сделать выбор в пользу того или иного метода хирургического лечения.

Шестерым больным в предоперационном периоде выполнена мультифокальная биопсия предстательной железы по поводу повышения уровня ПСА, во всех случаях получен онко-отрицательный результат.

Всем пациентам выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия простатических артерий (РЭВОПА) по стандартной методике. Средний койко-день составил 3 дня. В четырёх случаях ввиду наличия болевого синдрома после операции, локализованного в промежности, внизу живота больным назначены НПВП в виде ректальных суппозиторий. Уретральный катетер, установленный интраоперационно, удален на следующие сутки. Мочеиспускание восстановлено у всех пациентов.

Контрольные результаты оценивали по баллам IPSS, QoI и вопросу общего впечатления (GAQ), объёму предстательной железы, измерению систолической скорости кровотока (ССК) и индекса резистентности (ИР) капсулярных артерий, а также в динамике проводили исследование уровня ПСА и оценку индекса здоровья простаты (Phi, Beckman-Coulter).

Через 1 месяц после операции у всех пациентов отмечалось резкое уменьшение количества баллов по шкале IPSS и QoI (в среднем в 3 раза), без тенденции к ухудшению симптоматики при дальнейшем наблюдении. В динамике обращает на себя внимание уменьшение объема предстательной железы через 3 месяца после РЭВОПА в среднем на 24%, достоверное снижение показателей ССК и ИР, незначительное снижение уровня ПСА.

Из вышеизложенного следует, что метод РЭВОПА при ДГПЖ обладает высокой эффективностью наряду с другими зарекомендовавшими себя хирургическими методами лечения аденомы предстательной железы. Небольшой опыт относительно количества пациентов и сроков наблюдения за ними в послеоперационном периоде диктуют необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАТЕТЕРА**

**В.И. Кузин, А.В. Воронов**  
*КГБУЗ ККБ №1 им проф. С.И. Сергеева, г. Хабаровск*

Ежегодно в мире регистрируется до 83 случаев хронической почечной недостаточности (ХПН) на 1 млн населения, требующих заместительной почечной терапии (ЗПТ). Один из методов ЗПТ это перитонеальный диализ (ПД). Эффективность этого метода обусловлена, в первую очередь, функциональным состоянием перитонеального катетера (ПК), зависящим от способа его имплантации. На сегодняшний день можно выделить три основных способа имплантации ПК, это мини-лапаротомный, троакарный или пункционный, и лапароскопический способ. Наиболее эффективным, информативным и менее травматичным для пациентов методом, является лапароскопическая имплантация перитонеального катетера. (патент № 2014116727/14(026387) от 24.04.2014.)

**Материалы и методы.** В период 2012-2014 года на базе КГБУЗ ККБ №1 г. Хабаровск было выполнено 34

операции лапароскопическим методом с использованием 2 троакаров и проводника (из них 20 мужчин, 14 женщин) в возрасте от 38 до 69 (средний возраст 57 лет). Этиология ХПН: Хронический гломерулонефрит - 16 пациентов, диабетическая нефропатия 11 пациентов, гипертонический нефроангиосклероз 6 пациентов, поликистоз почек 1 пациент.) ПД (заливки в объеме 2 литра) начинали на 9-12 сутки.

**Результаты.** Протечка диализата наблюдалась в 1 случае (пациент был снят с ПД через 2 недели), при повторном вводе в программу ПД, после коррекции катетера, протечки не наблюдалось). Дислокации ПК не было. В сравнении с мини-лапаротомией мы отметили более раннюю активизацию пациентов (постельный режим 1 сутки). При минилапаротомии постельный режим 2 суток.

**Вывод.** Наиболее эффективным методом имплантации ПК является лапароскопический.

## МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ СУБИНГВИНАЛЬНАЯ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ (ОПЕРАЦИЯ MARMAR)

И.И. Кузнецов

ГУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Чита

Варикоцеле - варикозное расширение вен лозовидного сплетения семенного канатика, сопровождающееся интермиттирующим или перманентным венозным рефлюксом. Варикоцеле одно из наиболее распространенных заболеваний среди мужчин, частота которого колеблется по данным разных авторов, от 2.3 до 30.7%. (Chinegwundohf, 2009). Именно из-за своей социальной значимости проблема варикоцеле входит в число программ, разрабатываемых Всемирной организацией здравоохранения. Многие специалисты, считают варикоцеле причиной мужского бесплодия. Врожденные предпосылки к развитию этой патологии и заболеваемость в различных возрастных группах неоднородна. В дошкольном возрасте она не превышает 0.12% и увеличивается по мере роста и взросления. Наиболее часто варикоцеле наблюдают в возрасте 15 - 30 лет, а также среди спортсменов и работников физического труда.

Учитывая анатомические особенности, заключающиеся в том, что левая яичковая вена впадает в почечную вену, а правая в большинстве случаев непосредственно в нижнюю полую вену и лишь в 10% в правую почечную вену, в структуре заболеваемости преобладает левостороннее варикоцеле - 80 - 86%, правостороннее - 7 - 15%, двустороннее - 1 - 6% случаев. В условиях урологического отделения ГУЗ "ГКБ №1", за период с ноября 2014 по март 2015гг. включительно, пролечено 24 пациента с диагнозом варикоцеле, разной клинической степени. Из всех прооперированных пациентов варикоцеле слева встречалось в 19 случаях, что составило 79,1%. Варикоцеле справа встречалось у 2 пациентов, что составило 8,3%. 1 случай был выявлен с двусторонним варикоцеле, что составило 4,1%. Причем в двух случаях левосторонней локализации патологии имел место рецидив, после ранее перенесенной операции Иванисевича. Всем пациентам выполнена субингвинальная микрохирургическая варикоцелэктомия (операция Marmar, 1994), с использованием бинокулярной лупы с 3.5 × кратным усилением. Эффективность данной методики не вызывает сомнений, так как частота рецидива не превышает 1%. Нами отмечено, что пациенты перенесшие данный вид оперативного пособия, имеют достаточно быструю реабилитацию, выписываются из стационара на 1 - 2 сутки после проведенной данной манипуляции. А также снизилась потребность в использовании анальгетиков в послеоперационном периоде. В раннем и отдаленном послеоперационном периоде нами не наблюдалось ни одного осложнения, а также хотелось бы отметить, косметический бездефектный шов.

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

С.Л. Лобанов, Е.В. Размахнин, Л.С. Лобанов, А.Г. Ушаков

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

**Актуальность:** Удельный вес нетерапевтических лапаротомий при травмах живота, остается достаточно высоким и составляет по разным данным, от 25 до 40%. Диагностическим ошибкам способствуют такие факторы, как политравма, алкогольное опьянение пострадавшего, отсутствие диагностического оборудования, недостаточная квалификация медицинского персонала и т.д. По мере совершенствования технологий становится возможным проведение лапароскопии не только с диагностической, но и с лечебной целью.

**Цель работы:** изучение возможности лапароскопии при закрытой травме живота. В городской клинической больнице №1 г. Читы в период с 2008 по 2014 г. изучены результаты 2300 urgentных лапароскопий, выполненных по поводу самой различной патологии. Среди них больных с ЗТЖ было 251 человек (10,9%). Среди пострадавших мужчин было - 186 (74,1%), женщин - 65 (25,9%). В большинстве случаев (81,2%) пациенты с ЗТЖ имели сочетанную травму. По данным, полученных при лапароскопии все пациенты разделены на три группы: 1. Без видимой патологии. 2. Патология, не требующая оперативного вмешательства. 3. Наличие показаний к оперативному лечению.

1. По результатам исследований у 126 больных патологии в брюшной полости не обнаружено, что составило (50,2%). Вторую группу составили пациенты - 26 человек (10,4%), у которых была обнаружена

патология, не требующая экстренной лапаротомии. В данной группе преобладали локальные повреждения: ушибы брюшной стенки, ограниченные забрюшинные гематомы, а так же тяжелые поражения печени (жировой гепатоз, цирроз). В третью группу вошли пострадавшие, которым по данным лапароскопии потребовалась экстренная операция - 99 (39,4%). В 69 случаях был обнаружен гемоперитонеум (69,7%), у 30 (30,3%) пациентов были различные признаки повреждения внутренних органов, как правило, осложненные развивающимся перитонитом.

Таким образом, диагностическая лапароскопия, более чем у 60% пострадавших, позволила исключить неотложную хирургическую патологию и избежать нетерапевтических лапаротомий.

### **ВЛИЯНИЕ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА НА СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Ю.С. Лобанов, К.Г. Шаповалов**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

В настоящее время многочисленные исследования посвящены анализу различных, в том числе и отрицательных влияний пневмоперитонеума на гомеостаз. Одним из наиболее важных, установленных феноменов, является затруднение венозного оттока от нижних конечностей, что усугубляется положением Фовлера во время операции. Данное обстоятельство теоретически повышает риск тромбэмболических осложнений (ТЭО), хотя в практике клинически значимые ТЭО встречаются редко. С этих позиций представляет интерес изучение закономерностей микроциркуляции в мягких тканях дистальных отделов нижних конечностей.

**Целью исследования** явилась оценка изменений состояния микроциркуляторного русла, под влиянием пневмоперитонеума, при проведении лапароскопической холецистэктомии.

**Материалы и методы.** Проведено исследование изменений микроциркуляции у 20 больных с желчно-каменной болезнью в возрасте 50-60 лет. Критерии исключения - тяжелая сопутствующая патология, класс выше II по ASA. Продолжительность операций в среднем составила 30 мин, давление газа в брюшной полости 12-14 мм. рт. ст. ЛДФ-зонд устанавливался в первом межплюсневом промежутке стопы. Осцилляции кровотока регистрировались аппаратом ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия). Исследование микроциркуляции выполнялось до и после наложения пневмоперитонеума. Статистическая обработка с использованием непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни.

**Результаты.** Установлено, что у больных под влиянием пневмоперитонеума происходило снижение показателя микроциркуляции в среднем на 24 % ( $p < 0,05$ ). При этом у 44% больных показатель нейrogenного тонуса увеличивался на 30% ( $p < 0,05$ ), в то время как у остальных снижался на 38% ( $p < 0,05$ ). Показатель миогенного тонуса у 44% больных снижался на 84% ( $p < 0,05$ ), у остальных повышался на 38% ( $p < 0,05$ ). Показатель шунтирования у 44% пациентов повышался на 57% ( $p < 0,05$ ), у остальных снижался на 55% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, наложение пневмоперитонеума при проведении лапароскопических холецистэктомий оказывает существенное влияние на периферическую микроциркуляцию. В целом происходит снижение показателей микроциркуляции, что является фактором повышающим риск ТЭО. Вместе с тем в периферическом русле происходят многочисленные компенсаторные реакции, которые требуют дальнейшего изучения.

### **ВИЗУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ**

**С.Л. Лобанов, Ю.В. Сверкунова**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

В последние десятилетия отмечается заметный рост хронических заболеваний печени. Указанное обстоятельство связано с прогрессирующей алкоголизацией населения, частотой вирусных гепатитов, ожирением и другими факторами. Вместе с тем, длительное время данная патология протекает бессимптомно, чаще проявляя себя на стадии необратимых изменений цирротического характера.

**Цель исследования:** Изучить визуальные изменения печени при диагностической лапароскопии, предпринятой по поводу предполагаемой хирургической патологии, не связанной с печеночной симптоматикой.

Нами изучены результаты диагностических лапароскопий проведенных в городской клинической больнице №1 в 2007-2013г.г. по поводу различной ургентной патологии. Всего выполнено 2237 лапароскопий. Мужчин было 992 (44,3%), женщин - 1245 (55,7%). Оценивались макроскопические изменения поверхности печени доступной для визуального осмотра. В частности, размеры, цвет, состояние края печени, рисунок поверхности, наличие бугристости и т.д.

Установлены явные визуальные изменения у 253 пациентов, что составило - 11,3%. Нами проведен анализ частоты поражений печени в зависимости от первичного диагноза, с которым больной направлялся на лапароскопию. С подозрением на острый аппендицит направлен 901 пациент - изменения печени найдены у 22 больных (2,4%). Острый живот - из 501 случая, изменения печени у 64 (12,7%). Перитониты 79 - 11

(13,9%). Закрытая травма живота 251 - 33(13,1%). Ранения живота 113 -20(19,5%). Острый панкреатит 76-34(44,7%). Цирроз и гепатозы 54 -38 (70,3%). Мезентериальные тромбозы 28 -7 (25,0%). Желчнокаменная болезнь и холециститы 35 - 9(25,7%). Спайки брюшины 21 - 4 (19,0%). Прочие заболевания - 257 человек. Основная группа - пациенты с подозрением на гинекологическую патологию- 212 человек. Среди всей указанной группы изменения печени, отмечены у 11 пациентов (4,3%).

Таким образом, при диагностической лапароскопии по поводу самой различной ургентной патологии, визуальные признаки поражения печени отмечены у 11,3% больных. Наиболее часто указанная патология встречалась у больных с подозрением на острый панкреатит и заболевания печени. Наиболее редко у пациентов с подозрением на острый аппендицит.

### **МАЛОИНВАЗИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПРИ ФЕРМЕНТАТИВНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

**С. Л. Лобанов, Л.С. Лобанов, Ю.С. Ханина**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

С внедрением видеолапароскопии все больше авторов считают целесообразным проведение малоинвазивного дренирования брюшной полости с целью эвакуации экссудата при остром деструктивном панкреатите (ОДП). Отведение жидкости из живота в сочетании с консервативной терапией нередко является эффективным и приводит к выздоровлению. Однако в ряде случаев данных мероприятий недостаточно без прямого дренирования сальниковой сумки (ДСС). Вместе с тем нет достаточно четких представлений о показаниях к указанному вмешательству и сроках его проведения. С 2006-2013 гг. в МУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Читы пролечено 963 пациента с острым панкреатитом. Из 963 больных - отечная форма острого панкреатита выявлена у 828 (86,0%), деструктивная у 135 (14,0%) пациентов. При деструктивном панкреатите лапароскопия, как первичное оперативное вмешательство проведена у 110 больных. Основными показаниями для проведения лапароскопии были: дифференциальная диагностика с экстренной хирургической патологией, наличие перитонеальных признаков, жидкость в животе по данным УЗИ. В большинстве случаев лапароскопия носила и лечебный характер.

Основными признаками острого деструктивного панкреатита по нашим данным являются в порядке убывания по частоте:

1. Экссудат в брюшной полости - 98 пациентов (89%)
2. Очаги стеатонекроза - 41 (37%)
3. Отек забрюшинного пространства - 19 (17,2%)
4. Выбухание сальниковой сумки - 12 (11%)

На основании проведенных исследований нами определены неблагоприятные макроскопические признаки изменений в брюшной полости при лапароскопии при наличии которых мы проводили одномоментное(с первичной лапароскопией) ДСС:

1. Геморрагический характер экссудата
2. Значительное количество экссудата в различных областях брюшной полости.
3. Наличие очагов стеатонекроза.
4. Выбухание сальниковой сумки.

Все указанные признаки свидетельствуют о тяжелом течении заболевания. ДСС при первичной лапароскопии выполнено 21 больному, умерло 4( 19,0%). Средняя летальность среди больных ОДП составила 22,9%. В аналогичной группе пациентов, которым в качестве первичного вмешательства выполнена лапаротомия (25 чел.), умерло 14(56,0%).

Таким образом, на основании совокупности макроскопических патологических находок при диагностической лапароскопии можно определить показания для ДСС при остром деструктивном панкреатите.

### **ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ПРИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ФОРМАХ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

**А.С. Мазин, С.Г. Гаймоленко, С.Л. Дручкова, Р.А. Сущенко**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

Заболеваемость детей деструктивными пневмониями за последние годы существенно снизилась, что связано с широким применением антибактериальной терапии, внедрением в клинику современных способов диагностики пневмонии (УЗИ плевральных полостей, МСКТ органов грудной клетки) и, соответственно, своевременной терапии. Однако, бактериальные деструкции легких ("старое" название - стафилококковые деструкции легких) остаются наиболее тяжелыми, часто жизнеугрожающими состояниями у детей. Летальность при деструктивной пневмонии составляет от 3 до 15% (Баиров Г.А., Рошаль Л.М., 1991), при осложненных формах достигает 54% (Разумовский А.Ю. с соавт., 2005), причем показатель смертности выше у детей раннего возраста. Наиболее частым осложнением бактериальной деструкции легких у детей является эмпиема плевры.

Традиционными методами лечения острой эмпиемы плевры (пиоторакс, пиопневмоторакс) до недавнего времени являлись повторные пункции и дренирование плевральной полости. Данные методы наиболее эффективны лишь при экссудативной стадии эмпиемы плевры. При недостаточности указанных процедур и формировании хронических процессов выполнялись открытые вмешательства (торакотомия, декортикация и плевролиз), которые не нашли применения в детской хирургии из-за большого числа осложнений, большой травматичности. Центральными клиниками детской хирургии (г. Москва) разработаны методики малоинвазивных вмешательств при легочно-плевральных формах деструктивных пневмоний, при которых значительно быстрее наступает расправление легочной ткани, купируется воспалительный процесс в плевральной полости, сокращаются сроки пребывания ребенка в стационаре, оптимизируется реабилитация больных (Дронов А.Ф., 2002).

За 2013-2015 г.г. в ГУЗ КДКБ г. Читы преимущественным методом лечения легочно-плевральных форм деструктивной пневмонии (2-3 стадии эмпиемы плевры) была выбрана торакокопическая санация плевральной полости. Выполнено 8 торакокопических операций детям различного возраста (от 1,5 месяцев до 9 лет), с давностью заболевания от 2 недель до 1,5 месяцев. Показанием к проведению санационной торакокопии послужила неэффективность дренирования плевральной полости из-за фибриновых наложений и формирования плотных сращений в грудной полости. Швартообразование не позволяет достаточному расправлению ткани легкого - длительно сохраняются проявления интоксикации, дыхательной недостаточности.

Техника выполнения вмешательства заключалась в постановке 5,5 мм троакара в 5 межреберье по заднеподмышечной линии (место дренажной раны после ранее проведенного торакоцентеза). В 2/3 случаях свободного пространства под троакаром не определялось. В такой ситуации через троакар "вслепую" зондом-пальпатором создавалось оптическое пространство, необходимое для постановки дополнительных манипуляционных торакопортов. Дополнительные торакопорты устанавливаются под строгим контролем оптики. При постановке торакопортов в грудную полость используется правило "пирамиды" (Дронов А.Ф., 2002). Разделение плевральных сращений производилось преимущественно тупым способом - с помощью зонда-пальпатора и пинцета; в трети случаев плотные шварты (в основном по диафрагмальной поверхности и у верхушки легкого) разъединялись с помощью монополярной и ультразвуковой коагуляции. Жидкий удался с помощью электроотсоса, фибриновые наложения - механическим способом (атравматическими зажимами). В ходе проводимого вмешательства создается свободная плевральная полость. При удалении фибриновых сгустков у 1 пациента образовался бронхо-плевральный свищ, который в последующем самостоятельно закрылся. В конце операции проводится обильное промывание вновь образованной плевральной полости физиологическим раствором (0,8-1,6 л) с последующей аспирацией промывных вод. Операция заканчивалась установкой трубчатого дренажа (через троакарную рану в 5 межреберье по заднеподмышечной линии), подсоединенного к системе активной или пассивной (двубаночной) аспирации.

Особенностями анестезиологического пособия при указанном вмешательстве является использование одноплеврокостальной вентилизации. Давление в плевральной полости во время вмешательства поддерживалось не более 5 мм рт. ст. Расправление легкого с пораженной стороны проводилось под контролем оптики на операционном столе перед удалением последнего троакара. Продолжительность вмешательства варьировала от 45 минут до 2 часов (в зависимости от степени выраженности спаечного процесса). В послеоперационном периоде дети получали интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения в течение 3-6 дней. Дренажная трубка из плевральной полости удалялась на 5-7 сутки после операции. Эффект от проведенного вмешательства появлялся уже на первые сутки после операции (рентгенологически и физикально - расправление ткани легкого), на 2е сутки отмечалось улучшение состояния ребенка (уменьшение интоксикации и дыхательной недостаточности). Средний срок госпитализации после операции составлял от 8 до 13 дней. Послеоперационных осложнений не отмечено. Ближайший катамнез оценен у 6 детей: через 1 месяц после операции при клинико-рентгенологическом обследовании отсутствовали симптомы дыхательной недостаточности, легкое расправлено равномерно.

Таким образом, торакокопическая санация у детей является эффективным методом лечения легочно-плевральных форм деструктивной пневмонии. Малая травматичность, уменьшение сроков пребывания в реанимационном отделении, ранняя физическая активизация больного позволяют рекомендовать торакокопию как операцию выбора при данном тяжелом заболевании.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ  
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТИТОМ**  
А.Н. Плеханов, И.А. Ольховский, Л.В. Борбоев, А.И. Товаршинов, А.Б. Аюшеев  
НУЗ "Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО "РЖД", г. Улан-Удэ  
ФГБОУ ВПО "Бурятский государственный университет", г. Улан-Удэ

**Цель исследования.** Дать сравнительную оценку результатов хирургического лечения хронического калькулёзного холецистита методами лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ), холецистэктомией из мини-доступа и традиционной холецистэктомией.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты 339 историй болезней больных, оперированных за

период с 2008-2014 годы. С применением "слепого" метода произведено рандомизированное клиническое исследование непосредственных результатов хирургического лечения хронического калькулёзного холецистита. Группы пациентов достоверно не различались по возрасту и полу. Отмечено преобладание пациентов с сопутствующими заболеваниями среди больных, оперированных из мини-доступа и традиционного лапаротомного доступа. Длительность предоперационной подготовки во всех трёх группах была приблизительно одинаковой.

**Результаты.** ЛХЭ оказалась наименее травматичным хирургическим вмешательством, что сказывалось на сроках послеоперационной реабилитации, длительности койко-дня (5,5). Специфическим послеоперационным осложнением ЛХЭ была травма холедоха, которая отмечалась в 1% случаев. При ЛХЭ требуется самый небольшой объём обезболивания, антибиотикотерапии и инфузионной терапии в послеоперационном периоде. Осложнения при традиционной лапаротомии наблюдались в 4% случаев, койко-день составил 10,9. К достоинствам мини-доступа относится меньшее количество интраоперационных осложнений - 2% в сочетании с возможностью проведения комплексной ревизии желчевыводящей системы при операции. Холецистэктомия из широкого традиционного доступа остаётся необходимой при осложнённом течении хронического калькулёзного холецистита, когда требуется вмешательство на внепечёчных желчных протоках, а также в хирургии острого холецистита.

**Выводы.** Привычная техника операций при мини-лапаротомии легко осваивается хирургами, владеющими традиционными методами. Возможность открытой ревизии визуально и пальпаторно-зоны операции позволяет избежать роста осложнений на стадии освоения минидоступа. Имеется возможность выполнения минидоступа при осложнённом течении хронического калькулёзного холецистита, что невозможно или сложно при ЛХЭ.

#### **АНАЛИЗ ЯТРОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ**

**А.Н. Плеханов, И.А. Ольховский, Л.В. Борбоев, А.И. Товаршинов**

*НУЗ "Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО "РЖД", г. Улан-Удэ  
ФГБОУ ВПО "Бурятский государственный университет", г. Улан-Удэ*

**Цель исследования.** Проанализировать частоту, характер и хирургическую тактику при ятрогенном повреждении внепечёчных желчных протоков после лапароскопической холецистэктомии.

**Материалы и методы.** В клинике лапароскопическая холецистэктомия выполняется в течение 20 лет. За это время из 1715 выполненных лапароскопических холецистэктомий травма гепатикохоледоха была отмечена у 4 (0,2%) больных. По характеру повреждения желчевыводящих протоков больные распределились следующим образом: пристеночное повреждение - 1, полное пересечение протока-2, краевое клипирование протока-1. У всех больных травма желчного протока была заподозрена на 2 сутки после операции при появлении клиники перитонита, и наличия желчеистечения по дренажу. У одной пациентки с пристеночным клипированием холедоха, в связи с постепенным нарастанием желтухи, повреждение установлено на 10 сутки после проведения РХПГ.

**Результаты.** При небольшом пристеночном ранении гепатикохоледоха, обнаруженном при первичной операции, считаем целесообразным использовать первичный шов протока с последующим дренированием его через культю пузырного протока. При выполнении лапароскопической операции возможно пристеночное клипирование стенки протока. В нашем случае было значительное сдавление стенки протока (более чем на полпросвета). Выполнена пластика гепатикохоледоха на Т-образном дренаже в поперечном направлении однорядным прецизионным швом рассасывающейся атравматической нитью Викрил 4/0. В двух наблюдениях на 2 сутки после первой операции нами выполнены реконструктивные операции - гепатикоэнтеростомия на транспеченочном дренаже через правый печеночный проток на срок до 2-х лет. В первом случае был произведен наложение гепатикоэнтероанастомоза на петле с межкишечным анастомозом и заглушкой по Шалимову. Через 3 года у пациентки развилась стриктура гепатикоэнтероанастомоза, что потребовало реконструктивной операции - снятие анастомоза, повторного транспеченочного дренирования и наложения гепатикоэнтероанастомоза по Ру. У пациентки после двух реконструктивных операций развился билиарный гепатит с трансформацией в цирроз. Во втором случае был наложен гепатикоэнтероанастомоз на отключенной петле с межкишечным анастомозом по Ру. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Ятрогенное повреждение гепатикохоледоха является серьезным осложнением лапароскопической холецистэктомии, в значительной степени влияющим на качество жизни и приводящее к инвалидности. Золотым стандартом при повреждении гепатикохоледоха является, прежде всего, обязательное длительное (2-3 года) транспеченочное дренирование гепатикохоледоха с целью предупреждения развития стриктуры и наложение гепатикоэнтероанастомоза на отключенной петле по Ру длиной не менее 50-60 см с целью предупреждения развития билиарного гепатита и цирроза печени.



**НЕТРАДИЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К КУПИРОВАНИЮ БОЛЕЙ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ****В.Ю. Погребняков, Т.В. Кузина*****ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита***

Одной из основных задач в лечении панкреатита является купирование болевого синдрома. Наряду с назначением анальгетических препаратов с этой целью активно применяют различные невральные блокады местноанестезирующими препаратами, которые позволяют не только облегчить болевые ощущения, но и предотвратить висцеральные расстройства, возникающие вследствие патологической рефлекторной симпатической активности. Известно, что эффективность невральных блокад при панкреатите в значительной степени зависит от места введения анестетиков. Поскольку одной из основных зон сосредоточения афферентной и эфферентной иннервации поджелудочной железы (ПЖ) являются паравerteбральные симпатические ганглии (ПСГ) в нижнегрудном отделе, локальное воздействие анестетиками на данную зону при панкреатите представляется логически обоснованным. Однако данный вопрос изучен недостаточно. В этой связи нами апробированы и оценены эффективность локальной анестезии, рентгенотерапевтического облучения, а также спиртового невролиза ПСГ на уровне двенадцатого грудного и первого поясничных позвонков (Th12, L1) в лечении болевых расстройств у 128 пациентов с острым и обострением хронического панкреатита.

В 37 наблюдениях применили двухстороннюю лидокаиновую блокаду ПСГ на уровне Th12 и L1. Иглы для анестезии вводили в зону расположения симпатических ганглиев паравerteбральным транслюмбальным доступом под полипозиционным рентгенотелевизионным наблюдением, что позволяло полностью контролировать расположение игл относительно позвоночника. Введение анестетика осуществляли с двух сторон в дозе 120-150 мг лидокаина на каждую сторону.

Непосредственно после проведения лидокаиновой блокады ПСГ у всех больных зарегистрировали полный анальгезирующий эффект, причем у 10 пациентов боли в последующем не возобновлялись. В остальных случаях длительность анальгезии колебалась от 4 до 24 часов, в связи с чем больным проводили повторные блокады. В результате применения лидокаиновых блокад ПСГ достигли полного прекращения болей у 32 больных (86,5%) больных. Следует указать, что наряду с купированием болевого синдрома у большинства пациентов было отмечено значительное улучшение клинико-биохимических показателей независимо от срока и тяжести заболевания. Было установлено, что после проведения блокад уровень панкреатических ферментов в крови и моче больных снижался в течение суток примерно в два раза, в том числе и у больных, которым не проводили активной инфузионной терапии и не применяли ингибиторы протеаз. Немаловажным фактором явилось эффективное восстановление перистальтики тонкой кишки в течение первых десяти минут после проведения блокад у всех больных с сопутствующими панкреатиту парезами кишечника, что определяли при рентгенотелевизионном наблюдении.

У семи больных хроническим панкреатитом ведущим симптомом заболевания был постоянный выраженный болевой синдром (болевая форма панкреатита). С целью купирования болей в данных случаях провели спиртовой невролиз ПСГ на уровне Th12 и L1, применив такой же доступ, как и при лидокаиновой блокаде. При этом в зону расположения ПСГ вводили до 20 мл 96% спирта на каждую сторону. Наблюдение за больными в сроки от одного года до трех лет показало полное прекращение болей в пяти случаях, двое пациентов отмечали значительное снижение их интенсивности. Следует указать, что в доступной литературе мы не встретили сообщений об использовании спиртового невролиза ПСГ указанной локализации при болевых формах панкреатита.

В 84 случаях лечения острого (16 наблюдений) и обострении хронического панкреатита (68 наблюдений) применяли дистанционную рентгенотерапию. В 56 случаях применяли стандартное поле облучения области ПЖ размером 8x10 см с его поперечным направлением. В 18 случаях площадь облучения составляла 6x8 см с его продольным направлением и с центрацией на двенадцатый грудной позвонок. Через 3 - 4 дня от начала рентгенотерапии при суммарной очаговой дозе 0,6 Гр у всех больных с острым панкреатитом, и через 7 - 10 дней и дозе 1,3 Гр в 65 (95,6%) случаях лучевого лечения по поводу обострения хронического панкреатита зарегистрировали полное исчезновение болей и положительную динамику со стороны клинико-лабораторных показателей независимо от размеров и расположения полей облучения. Поскольку при продольном направлении поля облучения в зону его воздействия входили основные нервные пути ПЖ (парааортальное и чревное сплетение, паравerteбральные симпатические ганглии), то, по нашему мнению, есть основание полагать, что в основе патоморфологических механизмов лучевого лечения панкреатита лежит воздействие облучения на иннервацию ПЖ, а не на ее ткань.

Таким образом, лидокаиновые блокады и рентгенотерапевтическое облучение области расположения паравerteбральных симпатических ганглиев на уровне Th12 и L1 являются эффективным способом лечения болей при остром и хроническом панкреатите и способствуют устранению патологически висцеральных расстройств. В части случаев хронического панкреатита с ведущим болевым синдромом для ликвидации болей возможно применение спиртового невролиза ПСГ на указанном уровне.

## ПРОБЛЕМЫ ПУНКЦИОННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ СТЕНТАМИ

**В.Ю. Погребняков, А.А. Бердицкий, С.А. Гончаров**  
*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*  
*Забайкальская краевая клиническая больница, г. Чита*

Одной из основных задач хирургического лечения хронического панкреатита с внутрипротоковой гипертензией является создание условий для оттока панкреатического сока, что достигается при дренирующих операциях. Разработка оперативных пособий, направленных на устранение рубцовых стриктур панкреатического протока (ПП) и восстановление по нему оттока панкреатического сока не является окончательно разрешенной задачей. В этой связи поиск новых методов устранения стенозов ПП является актуальной задачей. **Целью** данного сообщения является ознакомление с проблемами, которые мы можем обозначить по результатам пункционного стентирования ПП с использованием балонорасширяемых металлических стентов.

В качестве потенциальных кандидатов на пункционное стентирование ПП была выделена группа из 31 больного, длительное время страдающих хроническим панкреатитом с выраженным болевым синдромом. В основе выбора больных для проведения пункционного стентирования учитывали следующие параметры: наличие выраженной клиники внутрипротоковой гипертензии в сочетании с расширенным панкреатическим протоком и ретенционным кистообразованием; неэффективность проводимых дренирующих вмешательств на кистах поджелудочной железы (ПЖ) вследствие недостаточности цистопанкреатических сообщений для адекватного оттока панкреатического сока; доказанные внутрипротоковая гипертензия и наличие стенозов ПП при фистулографии; наличие относительных противопоказаний к открытому оперативному лечению. Высказанные положения в немалой степени обусловили небольшое число наблюдений.

Всем больным на первом этапе было проведено перкутанное наружное дренирование КПЖ, после которого у всех пациентов была установлена связь кист с панкреатическими протоками и с нарушением проходимости главного панкреатического протока (ПП). Проведение стентирующих вмешательств планировалось не ранее чем через месяц после пункционного дренирования КПЖ, после устранения симптомов сопутствующего обострения панкреатита. У 8 (25,8%) больных в сроки от одного до трех месяцев было зарегистрировано восстановление проходимости ПП с полным устранением внутрипротоковой гипертензии. Это может быть объяснено, на наш взгляд, устранением сопутствующего обострению хронического панкреатита отека тканей поджелудочной железы. В данных случаях, мы считали проведение стентирования нецелесообразным и от вмешательства на протоковой системе воздержались.

Чрескожное пункционное стентирование ПП с целью устранения стенозов ПП было предпринято у 23 больных и удалось совершить в 16 случаях (69,6%).

В качестве одной из проблем антеградного пункционного стентирования ПП мы считаем возможным выделить оперативный доступ для проведения вмешательства. По нашим наблюдениям, при переднем доступе технологически возможно провести адекватную установку стента только при стриктурах ПП в головке ПЖ. Это обусловлено тем, что одним из необходимых оперативных приемов является надежная фиксация проводника, что достигается при его проведении через ПП в 12-перстную кишку. Обеспечить данное условие при стенозах в области хвоста ПЖ не удастся. Наряду с этим, передний доступ не позволяет провести бужирование стриктур ПП в теле поджелудочной железы, поскольку в данном случае имеется прямой угол вхождения пункционного инструментария в ПП. Попытка проведения бужирования стриктуры ПП на уровне тело-хвост ПЖ транслюмбальным доступом, предпринятая нами в одном наблюдении, была безуспешной.

Вторым сдерживающим моментом может быть отмечено отсутствие специального инструментального оснащения. В наших наблюдениях мы в основном использовали инструментарий, предназначенный для эндоваскулярных вмешательств, который не обладает достаточной жесткостью для работы в условиях выраженного склерозирования как ткани поджелудочной железы, так и непосредственно рубцовых стриктур панкреатических протоков. Данный фактор обусловил причину неуспеха предпринятого вмешательства в 6 случаях.

У больных с установленными в ПП металлическими стентами сроки наблюдения составили от одного года до 6 лет (среднее - 3,2±1,79). Во всех наблюдениях получен хороший клинический эффект, при контрольных обследованиях признаки внутрипротоковой гипертензии отсутствовали.

Таким образом, собственный опыт использования чрескожного пункционного стентирования рубцовых сужений панкреатического протока металлическими стентами в совокупности с незначительным числом сообщений в литературе позволяет высказаться о наличии серьезных проблем в решении данного вопроса.

**ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ****В.Ю. Погребняков, С.А. Гончаров, Б.Н. Хавень****ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита****Забайкальская краевая клиническая больница, г. Чита**

Обобщен собственный опыт лечения 107 больных с абсцессами печени (АП). Холангиогенная природа абсцессов была в 40(37,4%) наблюдениях, посттравматическая - в 27 (25,2%), абсцессы септической этиологии - в 23 (21,5%) случаях и связанные с другими причинами - в 17 (15,9%) наблюдениях. У 96 (89,7%) больных в качестве первого хирургического пособия применяли чрескожное пункционное дренирование абсцессов под ультразвуковым и рентгенотелевизионным (РТВ) контролем. 11(10,3%) больных были ранее оперированы в других ЛПУ с использованием наружного дренирования и переведены в нашу клинику в связи с неэффективностью лечения. У данных больных рентгенохирургические вмешательства имели дополнительный характер.

В качестве дренажей использовали малотравматичные эластичные трубки диаметром от 2,5 до 5 мм, чаще однопросветные, со спирально-изогнутым концом. По нашему опыту использование эластичных дренажей предотвращает разрушение внутреннего грануляционного вала и не создает препятствий к спадению полости абсцесса. Следует указать, что у пациентов, оперированных в других ЛПУ, в подавляющем большинстве случаев полости абсцессов были дренированы жесткими дренажами диаметром около 1 см. У данных больных мы производили замену дренажей на эластичные трубки меньшего размера сразу же при поступлении.

При проведении местной терапии учитывали наличие сообщений АП с желчевыводящими протоками, что устанавливали при неоднократных фистулографиях в послеоперационном периоде. При септических АП сообщений с желчными протоками не было установлено ни в одном случае, в то время как холангиогенные абсцессы имели сообщения с внутрипеченочными желчными протоками (ВЖП) на уровне -3,-4 порядков во всех наблюдениях. При посттравматической природе заболевания в 21 случае из 27 абсцессы имели сообщение с ВЖП, и лишь у двух больных, при поверхностной локализации АП, связи с желчевыводительной системой установлено не было.

При АП, изолированных от ВЖП, применяли активное приточно-аспирационное промывание антисептическими растворами, внутриполостное введение антибиотиков. При купировании основного воспалительного процесса в лечение добавляли внутриполостную умеренную склеротерапию с использованием 70% Урографина. В ряде случаев, при вяло спадавшихся полостях, использовали внутриполостное введение 96% спирта. При наличии секвестров применяли внутриполостное введение хемотрипсина 1-2 раза в сутки с экспозицией около 3 часов. В трех случаях для удаления секвестров произвели замену дренажей на более крупный диаметр (10-12 мм). При АП, сообщавшихся с ВЖП, на первом этапе использовали активное внутриполостное приточно-аспирационное промывание растворами антисептиков и антибиотиков. Затем, по мере купирования местного воспаления, переходили на внутриполостные инфузии растворов под небольшим давлением с целью лечения сопутствующего гнойного холангита и создания свободного оттока по желчевыводящим путям. Для предотвращения ретроградного инфицирования, после местного введения лекарственных растворов наружный дренаж отключали, с постепенно возрастающим временным интервалом отключения. Склеротерапию у данной группы больных не применяли. Следует указать, что при наличии механической желтухи больным проводили пункционное транспеченочное наружное дренирование желчных путей.

Использование миниинвазивного пункционного дренирования абсцессов печени позволило достичь успеха у 96 больных (89,7%). В 11 (10,3%) случаях потребовалось дополнительное плановое оперативное лечение.

**РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****В.Ю. Погребняков****ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

В нашей клинике активное использование рентгенохирургических вмешательств по поводу ложных кист поджелудочной железы (КПЖ) применяется около 20 лет и превышает 700 наблюдений. При этом принята тактика применения малоинвазивных чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств по поводу кист ПЖ в качестве первого этапа оказания хирургической помощи.

В структуре заболеваний, приведших к кистообразованию преобладали больные с осложненным течением хронического панкреатита и с острым деструктивным панкреатитом (около 80%). В остальных случаях начало заболевания было связано с травматическими повреждениями поджелудочной железы.

В качестве основных вмешательств применяли чрескожное пункционное наружное или наружно-внут-

реннее трансгастральное дренирование с последующим формированием цистогастроанастомоза на потерянном дренаже. Наиболее часто (почти в 70% случаев) выполняли наружное дренирование КПЖ. От проведения одно- или многократных тонкоигольных пункций КПЖ мы отказались на ранних этапах внедрения, в связи с их недостаточной эффективностью. В этой связи считаем возможным подчеркнуть, что мы рассматриваем вопросы дренирования КПЖ, а не острых парапанкреатических скоплениях жидкости при остром панкреатите.

В основе выбора характера дренирующих вмешательств нами положена связь кист с протоковой системой поджелудочной железы. Пункционное наружно-внутреннее трансгастральное дренирование проводили при наличии признаков сообщений кист с панкреатическими протоками. В небольшом количестве случаев данный способ вынуждено использовали при изолированных от протоков кистах в связи с ограниченным доступом. При отсутствии косвенных данных, свидетельствующих о высокой вероятности ретенционного механизма кистообразования предпочтение отдавали наружному дренированию.

На основании собственных наблюдений нами выделены следующие признаки, позволяющие заподозрить связь кист с панкреатическими протоками: наличие в анамнезе указаний на травму (в основном тупую) живота с коротким анамнезом заболевания, хронический (в основном этаноловой этиологии) панкреатит с длительным некупируемым обострением и признаками расширения панкреатического протока по данным КТ или УЗИ, признаки напряженности кисты, отсутствие общих и местных (при пункции) признаков инфицирования, серозный или серозно-геморрагический характер жидкости с высоким уровнем амилазы (при 5000 единиц достоверность 50%, свыше 10000 - 100%).

Следует указать, что абсолютным критерием связи кист с панкреатическими протоками является отсроченная кистография, проводимая через одну-две недели после дренирования. При этом становится возможным получить полную информация и о состоянии панкреатического протока, в частности его проходимости, а также провести манометрическое исследование цистопанкреатических сообщений и протоковой системы ПЖ.

Для выбора оптимальной хирургической тактики мы считаем целесообразным выделить следующий момент.

На основании полученных сведений о взаимоотношениях КПЖ с панкреатическими протоками и содержании в кистозной жидкости панкреатических ферментов нами выделены четыре типа КПЖ: I. кисты, имеющие непосредственное сообщение с главным панкреатическим протоком (ГПП); II. кисты, сообщающиеся со вторичными панкреатическими протоками; III. кисты, изолированные от панкреатических протоков, содержащие панкреатические ферменты; IV. кисты, изолированные от панкреатических протоков, не содержащие панкреатические ферменты. В наших наблюдениях к первому типу относилось 36,2% КПЖ, ко второму - 10,6%, к третьему - 31,9%, и к четвертому - 21,3% КПЖ. По нашим данным прямую связь с ПП кисты посттравматической этиологии имеют в 77%, при хроническом панкреатите (в основном калькулезном) - в 40%, возникшие после острого (деструктивного) панкреатита - не более 8%.

Целесообразность выделения данных типов КПЖ обусловлена, на наш взгляд, значением положенных в основу классифицирующих признаков для выбора лечебной тактики. Исходя из наших данных, только при кистах первого типа имеются потенциальные показания к внутреннему дренированию псевдокист. При кистах второго типа, манометрические параметры контрастирования через цистопанкреатические сообщения на уровне вторичных ПП превышают 50 см водного столба, что не может обеспечить полноценной эвакуации панкреатического сока при нормальном внутрипротоковом давлении. Это ставит под сомнение целесообразность наложения цистодигестивных анастомозов при данном типе кист, особенно при сочетании заболевания с неустраняемыми окклюзиями и стенозами ГПП. Кисты третьего и четвертого типа теоретически подлежат лечению с использованием наружного дренирования. При этом следует учитывать возможность присутствия в кистозной полости ферментопродуцирующей ткани ПЖ, что исключает применение при третьем типе кист как препаратов, способных оказать повреждающее действие на ткань ПЖ, так и препаратов, неустойчивых к воздействию панкреатических ферментов.

При кистах, изолированных от панкреатических протоков, проводили санацию кистозных полостей, местную гемостатическую терапию при незначительных по степени и объему внутриполостных кровотечениях. Лечение завершали склерозированием полостей кист. Успех составил 95%.

При кистах, имевших сообщения с панкреатическим протоком, лечебные мероприятия зависели от его проходимости и характера цистопанкреатических сообщений. При нарушенной проходимости панкреатического протока помимо создания внутренних цистогастральных анастомозов, проводили мероприятия, направленные на устранение внутрипроточковой гипертензии за счет восстановления проходимости панкреатического протока или погашения внешней секреции ПЖ. Рентгенохирургические пособия были эффективны в 82% случаев, а в 18% наблюдений потребовалось дополнительно плановое оперативное лечение. Следует указать, что по нашим данным, у части больных, в основном с длительно текущим хроническим панкреатитом с признаками индурации паренхимы ПЖ, в 10-15% случаев возникает стеноз цистопанкре-

атического свища. При сочетании данного фактора со стенозом панкреатических протоков дренирующие операции на КПЖ неэффективны и требуют дополнительных вмешательств на панкреатическом протоке. В данном случае нами применяется подкапсульная резекция головки ПЖ или рентгенохирургическое пункционное стентирование стенозов ПП.

В целом, использование двухэтапного хирургического лечения КПЖ позволило свести к минимуму риск развития осложнений и добиться излечения заболевания в 97,5%. Наш опыт свидетельствует, что в условиях общехирургического стационара целесообразно применять двухэтапное хирургическое лечение КПЖ, с применением на первом этапе пункционно-дренирующих вмешательств. Это позволяет решить комплекс диагностических задач, направленных на изучение характера кистозного содержимого, выявление связи кист с панкреатическими протоками и оценку состояния панкреатического протока и провести достаточно эффективный комплекс местных лечебных мероприятий. В необходимых случаях малоинвазивные вмешательства позволяют провести подготовку больных к плановому оперативному лечению.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ

А.С. Праскова, П.А. Фадеев, Л.А. Филонова, Е.Е. Байке

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

*Краевой клинический противотуберкулезный диспансер, г. Чита*

Принципиально новым методом лечения туберкулеза органов дыхания, включая лекарственно-устойчивые формы, является клапанная бронхоблокация (КББ) - создание лечебной гиповентиляции в пораженном участке легкого с сохранением дренажной функции заблокированного бронха и полости деструкции. Метод лечения заболеваний легких и их осложнений путем применения эндобронхиального обратного клапана разработан и успешно применяется в Забайкалье с 2011 года. Если раньше приходилось рассчитывать только на оперативное лечение, то сейчас специальный клапан, установленный в поврежденном бронхе, способствует гибели микробов и быстрому заживлению лёгочной ткани. По мере выздоровления, через определённое время после закрытия полостей распада, а происходит это обычно через 6-18 месяцев, клапан под местной анестезией также безболезненно удаляется.

**Цель исследования.** Проанализировать и изучить результаты метода клапанной бронхоблокации у впервые выявленных больных туберкулёзом органов дыхания за 2014г.

**Материалы и методы исследования.** Материалами исследования послужили 35 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в терапевтическом отделении Забайкальского краевого клинического противотуберкулёзного диспансера (ЗККПТД) в 2014 году, которым была выполнена КББ. Проведен ретроспективный анализ предоставленной информации с использованием сравнительного, аналитического методов исследования.

**Результаты исследования.** Была изучена структура больных с диагнозом туберкулёз органов дыхания, пролеченных в терапевтическом отделении ЗККПТД, установлено, что 21 пациент (60,0%) являются лица мужского пола, 14 (40,0%) женского.

Диагноз туберкулёз органов дыхания чаще встречается у лиц трудоспособного возраста: так 8,6% больных были в возрасте 20-29 лет, 31,4% - 30-39 лет, 28,5% - 40-49 лет, 26,0% - 50-59 лет, 6,0% - старше 60 лет.

При анализе клинических форм туберкулёза органов дыхания выявлено, что диссеминированный - 34,3%; фиброзно-кавернозный - 31,5%; инфильтративный - 28,6%; кавернозный и цирротический туберкулёз - 2,8%.

Все поступившие были лица с бактериовыделением (МБТ(+)). Из них абацилировано после комплексного лечения, включая клапанную бронхоблокацию 31 человек (88,6%), бактериовыделение сохранялось у 4 (11,4%).

При анализе историй болезни больных с лекарственной устойчивостью установлено, что у 19 человек (54,3%) сохранена чувствительность микобактерий к противотуберкулёзным препаратам, 2 (5,7%) имеют лекарственную устойчивость к изониазиду, стрептомицину, этамбутолу и 14 (40,0%) множественную лекарственную устойчивость (МЛУ).

Через 10 дней после проведения КББ больным выполнен рентгенологический контроль (обзорный снимок, линейные томограммы органов грудной клетки). У 28 человек (80%) отмечалась положительная динамика: в виде ателектаза 19 человек (67,9%), цирроза - 7 (25,0%), при этом полости распада не определялись у 2-х (7,1%). Отсутствие положительной динамики выявлено у 7 человек (20,0%).

**Выводы.** Таким образом, клапанная бронхоблокация является эффективным малоинвазивным немедикаментозным методом лечения различных форм туберкулёза органов дыхания. Положительная динамика в раннем периоде после применения клапанной бронхоблокации наблюдается у 28 (80,0%) обследованных. Среди больных, лечившихся в терапевтическом отделении ЗККПТД, наблюдается высокая заболеваемость туберкулёзом лёгких лиц трудоспособного возраста. В большинстве случаев диагностируются диссеминированные и фиброзно-кавернозные формы туберкулёза органов дыхания.

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**  
**Ю.А. Привалов, Л.К. Куликов, А.К. Таевская, В.Ф. Собонович, А.А. Смирнов**  
**ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия**  
**последипломного образования, г. Иркутск**

**Цель:** оценить эффективность малоинвазивных технологий в диагностике и лечении случайно выявленных объемных образований надпочечников.

**Материалы и методы:** За период с 1998 по 2013 год в рамках проспективного когортного исследования наблюдали 322 пациента (216 женщин и 106 мужчин) с инциденталомиями надпочечников (ИН). 83 (25,5%) пациентам выполнена флебография надпочечников (ФН) и сравнительный забор крови (СЗК) из надпочечниковых вен. Прооперированы 169 больных (116 женщин и 53 мужчины) в возрасте  $46 \pm 12,5$  лет (от 17 до 76). 167 произведена адреналэктомия с опухолью (в одном случае - двухсторонняя), двум - эксплоративная лапаротомия, биопсия опухоли. Эндовидеохирургические доступы к надпочечникам применены у 52 (30,8%) больных: трансперитонеальный - у 35, ретроперитонеальный - у 17. Палиативные рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) произведены 21 больному в возрасте  $69,3 \pm 4,21$  лет.

**Результаты:** Наибольшая эффективность ФН отмечена при распознавании адренокортикальной гиперплазии (чувствительность - 96,4%, специфичность - 98,9%), и злокачественных поражений (94,2% и 97,4% соответственно), что достоверно превосходит точность компьютерной томографии. В латерализации адренокортикальной гиперфункции по кортизолу и альдостерону чувствительность СЗК составила 98%, специфичность - 100%. В структуре ИН преобладали адренокортикальные аденомы. Доля злокачественных опухолей среди ИН - 3,6%. Выявлены достоверные преимущества эндовидеохирургических доступов перед "открытыми" по объему кровопотери, частоте послеоперационных осложнений, длительности пребывания в палате интенсивной терапии и в стационаре; лучшие функциональные и косметические результаты. Интраоперационные осложнения возникали на этапе освоения методики. Индекс конверсии - 9,6%. Положительные результаты РЭВ отмечены у 7 из 10 обследованных больных на протяжении пятилетнего срока наблюдения.

**Выводы:** ФН является высокоэффективной технологией в диагностике адренокортикальной гиперплазии и злокачественных опухолей надпочечников, а СЗК - высокоинформативным методом оценки гормональной активности ИН. РЭВ показаны больным старшей возрастной группы, имеющим высокий операционно-анестезиологический риск адреналэктомии. Малоинвазивные доступы к надпочечникам имеют преимущества перед традиционными "открытыми" подходами.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАКУУМ - ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН**  
**Е.В. Размахнин, О.Г. Коновалова, С.Л. Лобанов, В.А. Шангин**  
**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют треть всех хирургических больных. Задачами лечения гнойных ран являются удаление гноя и некротических тканей, борьба с микроорганизмами в ране, снижение проявлений воспалительной реакции и обеспечение адекватного оттока экссудата.

Поиски методов борьбы с раневой инфекцией и в настоящее время продолжают оставаться актуальными. С повышением технической оснащённости медицины, значительно расширились возможности лечения гнойных ран на всех стадиях раневого процесса.

Одним из самых новых методов, используемых в лечении как острых, так и хронических ран является вакуум - терапия. Вакуум терапия - инновационный метод, способствующий ускорению заживления ран за счет создания в ложе раны непрерывного или прерывистого отрицательного давления.

Вакуум-терапия улучшает течение всех стадий раневого процесса: уменьшает локальный отек, как результат - способствует усилению местного кровообращения, снижает уровень микробной обсемененности раны, вызывает деформацию раневого ложа и уменьшение раневой полости, приводя к ускорению заживления раны. Также вакуум-терапия снижает выраженность раневой экссудации, способствуя поддержанию влажной раневой среды, необходимой для нормального заживления раны. Все эти эффекты способствуют увеличению интенсивности клеточной пролиферации, усиливают синтез в ране основного вещества соединительной ткани и протеинов.

Исследование проведено в двух группах пациентов по 15 человек с различными заболеваниями, осложненными гнойным процессом. Патология была представлена следующим образом: диабетическая стопа 36%, 4% - пролежни, 34% - инфицированные раны, термическая травма - 26%. Около трети больных нуждались в кожной пластике из-за больших размеров дефекта. Группы были однородны по составу. Пациентам первой группы накладывались герметичные повязки с вакуум-аспирацией на 4-5 суток. Пациенты второй группы получали традиционную терапию с проведением перевязок с гипертоническими растворами и

водорастворимыми мазями (Левомиколь), один раз в день. Оценивался объем и характер раневого отделяемого, рост грануляций, интенсивность уменьшения раневой поверхности. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программы Statistika 6.1 (StatSoft). сравнение независимых выборок проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни для парных признаков. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали  $p < 0,05$ . Для вакуум терапии использовали вакуум - аспиратор SensiVac WT - 100, изготовленный компанией Apexmed International B.V.

Технические характеристики:

- номинальное напряжение - 18В,
- максимальный рабочий ток - 1,4А,
- расчетная мощность - 18 W.

Рабочие условия:

- рабочая температура - 0 - 40°C,
- относительная влажность - 30 - 75 %.

Методика применения: на рану накладывается перевязочный материал компании Apexmed International B.V., между слоями поролона располагается дренаж, который присоединяется к контейнеру вакуум - аспиратора для активной аспирации. Диапазон вакуума: - 55 мм.рт.ст. - 225 мм.рт.ст. за счет чего в ране создается отрицательное давление.

Показания к применению - раны стопы при сахарном диабете; пролежни; хронические трофические язвы различной этиологии; острые и травматические раны, первично и вторично открытые переломы, в том числе с наличием в ране металлоконструкций; осложненные хирургические раны, в том числе лапаростомы, вскрытые обширные и глубокие флегмоны забрюшинного пространства и малого таза, открытые в рану кишечные свищи; скальпированные и ожоговые раны, кожная пластика местными тканями и свободными кожными лоскутами.

Противопоказания для применения - малигнизация ран, несанированные очаги остеомиелита, кровотечение в ране, некротические раны и раны, представленные рубцовой тканью, кишечные и требующие обследования гнойные свищи, раны, частью которых являются стенки внутренних органов или сосуды.

В процессе динамического наблюдения нами установлено, что через 4-5 дней от начала проведения терапии у всех пациентов первой группы сократились размеры дефекта на 0,5-1,0см, снизилось количество раневого отделяемого у большинства больных; отмечен интенсивный рост грануляционной ткани. Раневой процесс у всех пациентов перешел в фазу регенерации и даже эпителизации. Пациенты были готовы к проведению кожной пластики. Среди субъективных ощущений у большей половины пациентов первой группы были отмечены незначительные тянущие боли - 63%. В то время, как во второй группе за этот же период времени фаза течения раневого процесса в основном осталась прежней - воспаление, лишь у половины больных был отмечен вялый рост грануляционной ткани. Период очищения раневой поверхности и интенсивный рост грануляций при использовании вакуум-терапии сократился примерно в три раза по сравнению с традиционными методами лечения.

Предложенный способ лечения больных с гнойными ранами позволил значительно улучшить результаты лечения и существенно сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, что дает хороший экономический эффект.

## КОНТАКТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Е.В. Размахнин

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

**Цель исследования:** Разработать методику удаления вколоченных конкрементов терминального отдела холедоха при лапароскопических операциях.

**Материалы и методы:** Для выполнения литотрипсии в просвете общего желчного протока во время лапароскопической операции использовался волновод общей длиной 400 мм, с радиально изогнутой нерабочей частью на 40°, диаметром 6мм, конусовидно переходящий в рабочую часть волновода, предназначенной для введения в просвет холедоха, длиной 60 мм, диаметром 4мм. На торце рабочей части волновода изготовлена вогнутая линза, радиусом 1мм, что позволяет концентрировать пучок волн в продольном направлении, избегая их рассеивания и минимизировать воздействие на окружающие ткани. Параметры ультразвука 40-65Вт, частота 26,5-26,7кГц.

Контактная ультразвуковая литотрипсия конкрементов терминального отдела холедоха при лапароскопических операциях выполнена у 7-ми пациентов. Средний возраст составил 61,4±8,8 лет, колебания в возрасте были от 42 до 85 лет.

**Основные результаты:** После идентификации общего желчного протока, при сохраненном желчном пузыре, производилось надсечение пузырного протока, используя желчный пузырь как держалку. Далее

выполняли баллонную дилатацию пузырного протока катетером Фогарти до 5-6 мм в диаметре. При отсутствии желчного пузыря (холецистэктомия в анамнезе) - 1 пациент, или при анатомических аномалиях пузырного протока (длинный пузырный проток, впадающий в холедох ретродуоденально) - 1 пациентка, а также при невозможности выполнить достаточную дилатацию (1 больная) выполняли супрадуоденальную холедохотомию. Проводилась фиброхоледохоскопия через пузырный проток или через холедохотомическое отверстие для подтверждения наличия камней в протоке и уточнения их количества и локализации. Через прокол в передней брюшной стенке в правом подреберье между передней подмышечной и срединноключичной линиями по краю реберной дуги вводили волновод, подключенный к ультразвуковому преобразователю. Далее через дилатированный пузырный проток или через холедохотомическое отверстие рабочую часть волновода вводили в просвет общего желчного протока дистально. Производили озвучивание просвета холедоха в течение 2-3 мин в зависимости от размеров выявленных конкрементов. После чего рабочую часть волновода извлекали из просвета холедоха, отмывали проток от фрагментов камней физиологическим раствором через ПХВ трубку до чистых вод и проводили контрольную холедохоскопию. При положительном результате - отсутствие видимых препятствий и осколков конкрементов в дистальном и проксимальном направлениях, прохождении холедохоскопа в двенадцатиперстную кишку, производили дренирование холедоха или через культю пузырного протока по Холстеду-Пиковскому - в 4 случаях, или через холедохотомическое отверстие по Вишневному - в 3-х случаях. При отрицательном результате - наличие препятствия или крупных осколков в просвете холедоха процедуру повторяли, что потребовалось у 4-х пациентов.

В послеоперационном периоде по холедохостоме отделялась желчь в объеме от 400 до 600 мл, постепенно отделяемое уменьшалось. Через семь суток начинали тренировку дренажа, пережимая его на все более продолжительное время. Пациентов выписывали под наблюдение с холедохостомой на 5-7-е сутки после операции. На 7-10-е сутки выполняли фистулографию в амбулаторных условиях: во всех случаях общий желчный проток проходим, умеренно расширен, дефектов наполнения в нем не определялось. Холедохостому удаляли на 14-15-е сутки после операции. Через шесть месяцев удалось осмотреть четверых больных, жалоб не предъявляли, биохимические показатели в пределах нормы, по УЗИ умеренное расширение общего желчного протока до 0,7-0,9 см в диаметре.

Таким образом, выполнение контактной ультразвуковой литотрипсии в просвете общего желчного протока при лапароскопических операциях намного упрощает санацию холедоха, особенно при вколоченных камнях в терминальном отделе протока. Предлагаемая конструкция волновода позволяет заводить его под определенным углом в общий желчный проток через дилатированную культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие. Описываемая операция дает возможность избежать сфинктероразрушающих вмешательств, а в отдельных случаях и выполнения лапаротомии, что безусловно, сказывается на послеоперационном течении и исходе заболевания.

### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Г.Н. Райимов<sup>1</sup>, М.Х. Абдуллаев<sup>1</sup>, О.Г. Набижонов<sup>2</sup>, Ш.А. Туланов<sup>1</sup>, К.К. Холматов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ферганский филиал РНЦЭМП, <sup>2</sup>АндГМИ, г. Фергана, Узбекистан

**Целью** нашего исследования явилось изучение диагностики осложнений после лапароскопических холецистэктомий у больных острым холециститом.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении ФФ РНЦЭМП за последнее 10 лет выполнено 756 лапароскопических холецистэктомий (ЛХ) по поводу острого холецистита. Среди оперированных больных преобладали женщины - 567 (75%), мужчин - 189 (25%). Возраст оперированных больных от 27 до 61 лет. Тяжелые сопутствующие заболевания имелись у 189 (25%) пациентов. При поступлении в центр механическая желтуха и признаки холедохолитиаза отмечены у 113 (14,9%) больных. Им вначале производилась эндоскопическая папилотомия с экстракцией конкрементов из холедоха, ЛХ выполнялись на 3-5 суток после эндоскопической папилосфинктеротомии. Отсроченные операции выполнены на 2-4 сутки после поступления в стационар у 74,7 % больных, на 5-8 сутки - у 15 %, спустя 9 суток - у 10,3 % пациентов.

**Результаты.** У 22 % оперированных больных наблюдались серьезные технические трудности. Для точной ориентации в анатомии желчных протоков и исключения холедохолитиаза у 95 (12,5%) больных произведена интраоперационная холангиография. У 28 (3,7%) больных, в связи с техническими сложностями лапароскопического вмешательства, была произведена лапаротомия и холецистэктомия выполнялись открытым способом. Послеоперационное течение протекало без осложнений у 706 (93,4%) больных, которым выполнена ЛХ. После проведенных ЛХ больные выписывались из стационара на 3-5 сутки. У 29 (3,8%) больных после ЛХ наблюдались различные послеоперационные осложнения с повреждением холедоха. У 23 (3%) больных после ЛХ наблюдалось кровотечение по дренажу из ложа пузыря. Кровотечение остано-



лено консервативными мероприятиями и не потребовало повторного вмешательства. У 17 (2,2%) больных наблюдалось подтекание желчи по дренажу. Трое из них оперированы на 3 сутки после ЛХ. Остальным больным, у которых наблюдалось подтекание желчи из дренажа, произведена эндоскопическая папилотомия. У 16 (2,1%) больных после ЛХ наблюдались подпеченочные и у 3 (0,4%) поддиафрагмальные абсцессы с соответствующей клинической картиной.

**Вывод.** Приведенные данные свидетельствуют, что после лапароскопических операций у части больных возникают показания к повторным вмешательствам. Своевременное использование ЭРХПГ и УЗИ позволяет выбрать оптимальный вид повторных вмешательств и ликвидировать осложнения у ряда больных без выполнения лапаротомии.

### ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Г.Н. Райимов<sup>1</sup>, О.Г. Набижонов<sup>2</sup>, Х.Х. Хожиев<sup>1</sup>, К.К. Холматов<sup>1</sup>, Ш.А. Туланов<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ферганский филиал РНЦЭМП, <sup>2</sup>АндГМИ, г. Фергана, Узбекистан

**Цель исследования.** Оценить возможности лапароскопии в диагностике гнойных осложнений после операций на органах брюшной полости.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении ФФ РНЦЭМП с 2010 по 2014 годы выполнено 87 релапаротомий. Из них умерли 7 (8%). При анализе установлено, что наиболее низкая летальность отмечена у больных, которым релапаротомия выполнена в первые двое суток после первой операции. Для своевременного определения показаний к релапаротомии у 57 больных была выполнена лапароскопия. Из них у 37 - обнаружены гнойные осложнения. Мужчин было 35, женщин - 8, в возрасте от 30 до 60 лет. Ранее они перенесли следующие первичные оперативные вмешательства: резекция кишечника (9), резекция желудка (17), аппендэктомия (3), рассечение спаек (5), релапаротомия (5), диагностическая лапаротомия (4). Послеоперационное течение было тяжелым. Однократное использование дополнительных методов исследования (рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковое) были неинформативны. В связи с этим выполнена лапароскопия.

**Результаты.** При лапароскопическом исследовании в раннем послеоперационном периоде у 37 больных обнаружен гнойно-фибринозный выпот, у 11 больных - несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза и двенадцатиперстной кишки, у 3 больных - несостоятельность культи червеобразного отростка, у 10 больных - несостоятельность швов толсто-толсто кишечного анастомоза, у 2 больных - тотальный тромбоз тонкого кишечника, у 3 больных - поддиафрагмальный абсцесс, у 3 больных - подпеченочный абсцесс и у 5 больных - межкишечный абсцесс.

Проведенные лапароскопические исследования показывают, что лапароскопия позволила установить наличие послеоперационных осложнений в брюшной полости и определить дальнейшую тактику ведения больного. Больных с тромбозом мезентериальных сосудов и тотальным некрозом кишечника не оперировали. Остальным пациентам выполнена не-отложная релапаротомия. Лапароскопический диагноз подтвержден. В послеоперационном периоде умерли 3 (3,4%) больных с несостоятельностью швов (двенадцатиперстной кишки - 1, толсто-толсто-кишечного анастомоза - 1, гастроэнтероанастомоза - 1). Осложнений и летальных исходов связанных с лапароскопией не было.

**Вывод.** Таким образом, лапароскопия является достаточно информативным методом диагностики гнойных осложнений у больных, оперированных на органах брюшной полости, который позволяет своевременно установить показания к неотложной релапаротомии.

### МИНИИНВАЗИВНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ САНАЦИИ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ

М.Д. Романов, Е.М. Киреева, А.В. Пигачев  
ФГБОУ ВПО "МГУ имени Н.П. Огарёва", г. Саранск

Поиск управляемых методов санации, выбор оптимальных санационных сред и методов чрездренажного воздействия на патологический очаг являются ведущими в структуре органосохраняющего принципа лечения абсцессов легких, разрабатываемого на кафедре госпитальной хирургии Мордовского университета.

**Целью** работы явилась разработка технологий миниинвазивных методов трансторакальной санации острых абсцессов легких с периферической локализацией.

**Материалы и методы.** С 1981 г. нами применяется метод трансторакального микродренирования полости абсцесса в сочетании с постуральным дренажом и последующей управляемой санацией (ТТМД). ТТМД 0,06% раствором гипохлорита натрия (ГХН) использовали у 32 пациентов в сочетании с внутриспиральной лазеротерапией (ВПЛТ) (I группа), у 29 - с внутриспиральным УФ-облучением (ВПУФО) (II группа).

Группа III (сравнения) - 30 больных, которым проводили ГТМД с ГХН. ВПЛТ проводили через микродренаж с помощью световода аппарата АЛОК-1 при мощности излучения на выходе 1 мВт и  $\lambda = 0,63$  мкм. Для ВПУФО использовали кварцевые световоды аппарата ОВК-3 (мощность излучения 30 мВт,  $\lambda = 310-600$  нм). Сеансы проводили ежедневно, продолжительность ВПУФО - 10 минут, ВПЛТ - 30 мин. Курс лечения - 10 дней.

**Результаты и обсуждение.** Повышение бактерицидного эффекта ГХН при сочетании с ВПЛТ обусловлено усилением локального кровотока в зоне патологического процесса вследствие лазерного облучения, что способствует более глубокому проникновению препарата и его резорбции. Условно-патогенная микрофлора, палочки сине-зеленого гноя и дрожжевые клетки оказались устойчивыми к воздействию данной технологии; во II группе устойчивыми оказались только *Candida albicans*, что, видимо, обусловлено суммацией прямого воздействия ГХН и УФО на патогенные микроорганизмы. Полное выздоровление в I группе наблюдали у 25 (78,1%) пациентов, во II - у 24 (82,8%) и в III - у 21 (70%); клиническое выздоровление в I группе - у 2 (6,3%), во II - у 3 (10,3%), в III - у 2 (6,7%) больных. Переход в хроническую форму в I группе наблюдали у 2 (6,3%), во II - у 1 (3,4%), в III - у 4 (13,3%) и прогрессирование заболевания в I группе - у 2 (6,3%), во II - у 1 (3,4%), в III - у 2 (6,7%) больных. Летальные исходы: в I группе - 1 (3,1%) и в III - 1 (3,3%) пациент.

**Выводы:** Миниинвазивные комбинированные (ВПЛТ и ВПУФО) трансторакальные технологии усиливают бактерицидное действие гипохлорита натрия и сопровождаются улучшением клинических исходов у больных острыми абсцессами легких, что позволяет считать их методом выбора локальной санации при периферической локализации процесса.

### ПРИМЕНЕНИЕ ВТВ И STGT ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

В.В. Самойлов, Р.С. Бянкин

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита  
ГУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Чита*

Коленный сустав наиболее травмируемый у людей молодого, трудоспособного возраста. Проблема хронической нестабильности зачастую приводит пациентов к прогрессированию деформирующего остеоартроза, ранней инвалидизации.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ после артроскопического лечения пациентов с хронической нестабильностью коленного сустава с использованием двух типов аутотрансплантатов ВТВ и STGT.

В 2014 году в нашей клинике прооперированно 48 пациентов с передне-медиальной нестабильностью коленного сустава (давность травмы от трёх недель до двух лет). Возраст пациентов колебался от 17 до 50 лет. Средний возраст пациентов составил 28,6 года. В 3-х случаях было диагностировано изолированное повреждение ПКС. В 45 случаях - сочетанное повреждение ПКС (повреждение медиального мениска диагностировано в 26 случаях, латерального в 6 случаях, оба мениска были повреждены в 13 случаях). Средний срок госпитализации составил 8 суток, от 5 до 12 дней. В 25 случаях использовался ВТВ трансплантат (средняя треть связки надколенника с двумя костными блоками) и в 24 случаях использовался STGT трансплантат (четырёхпучковый трансплантат из сухожильных частей полусухожильной и нежной мышц). В группе пациентов с применением ВТВ трансплантата использовались фиксаторы (проксимально поперечные пины Rigidfix 2.7 мм и дистально интерферентные винты Milagro De-Puy Mitec) В группе пациентов с применением STGT трансплантата использовались фиксаторы (поперечные пины Rigidfix 3.3 мм и дистально bio-intrafix) De-Puy Mitec. Обследование больных проводилось перед оперативным вмешательством, непосредственно после операции, через 6 месяцев после операции. Обследование включало: клинический осмотр, МРТ диагностику, рентгенографию. Всем больным проведена стандартная антибиотикопрофилактика и профилактика ТЭО согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений.

Инфекционных и неврологических осложнений отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде пациентам с ВТВ трансплантатом назначались наркотические анальгетики для купирования болевого синдрома. У пациентов с STGT трансплантатом болевой синдром купировался введением ненаркотических анальгетиков. У 2-х пациентов которым выполнялась пластика ВТВ трансплантатом стойкий болевой синдром донорской зоны беспокоил более 3 месяцев. Рецидив нестабильности отмечен у одного пациента в результате повторной травмы. Функция сустава в повседневной бытовой активности восстановлена в полном объеме у всех пациентов. Вернулись к прежнему уровню спортивной активности в течение 1 года 80 % пациентов. Косметическое преимущество операции склоняет большинство пациентов к выбору ST-методики артропластики.

**Выводы:** методика аутопластики передней крестообразной связки четырёхпучковым трансплантатом из сухожильных частей полусухожильной и нежной мышц является методом выбора при оперативном

лечении нестабильности коленного сустава. Методика аутопластики передней крестообразной связки ВТВ является методом выбора при ревизионных оперативных вмешательствах.

## ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

**В.В.Самойлов, Р.С.Бянкин**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита  
ГУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Чита*

По данным отечественной и зарубежной литературы, повреждения голеностопного сустава составляют от 6 до 21% повреждений опорно-двигательного аппарата. Несмотря на большой арсенал средств, которыми владеют современные травматологи, высокая частота неудовлетворительных исходов лечения этой патологии при консервативном лечении составляет 17%, при оперативном - 11%.

В 2014 году в нашей клинике выполнено 5 артроскопических вмешательств на голеностопном суставе. Показанием для выполнения вмешательства послужила следующая патология: распадающийся остеохондрит, наличие свободных тел в полости сустава. Оперативные вмешательства выполнялись под СМА. Укладка пациента стандартная. Артроскопию выполняли из переднелатерального и переднемедиального портов. Возраст пациентов колебался от 17 до 38 лет. Средний срок госпитализации составил 5 суток, от 3-х до 7 дней. При вмешательстве выполнялись следующие манипуляции: удаление хондромных тел, субхондральная туннелизация блока таранной кости, частичная синовэктомия. В послеоперационном периоде назначалось физиолечение, НПВС, ранняя разработка движений в суставе. Иммобилизации не было. Пациенты передвигались с костылями без опоры на оперированную конечность до 3-х недель после операции. Назначались препараты 1% гиалуроновой кислоты через 1 месяц после вмешательства.

Инфекционных и неврологических осложнений отмечено не было. Функция сустава в повседневной бытовой активности восстановлена в полном объеме у всех пациентов. Все пациенты оценили результат комплексного лечения на отлично.

**Выводы:** при комплексном лечении остеоартроза голеностопного сустава целесообразно использовать артроскопию как с диагностической так и с лечебной целью.

## ВЕХИ ИСТОРИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

**Т.В. Скажуткина, В.П. Мусорина, Л.Н. Скажуткина, Л.Ю. Заварыкина**

*ГУЗ "Краевая клиническая больница", г. Чита*

*Привычка быть первыми на протяжении уже нескольких десятилетий сопутствует эндоскопическому отделению*

Организация одного из первых эндоскопических подразделений региона датируется 1975 годом. Первые шаги освоения новой еще тогда для всего Советского Союза специальности оказались настолько успешными и прогрессивными, что уже вторая половина седьмого десятилетия была ознаменована целым рядом диагностических и лечебных нововведений.

1975 год - внедрение эндоскопической холедохоскопии;

1976 год - внедрение эндоскопической хромоскопии в диагностике ранних раков;

1976 год - первые случаи эндоскопической интубации трахеи пациентов профиля челюстно-лицевой хирургии и ЛОР-патологии, раздельная интубация бронхиального дерева пациентов профиля торакальной хирургии.

1976 год - эндоскопическая интубация тонкого кишечника с целью дальнейшего назоинтестинального питания.

1977 год - эндоскопическая хромоскопия и татуаж границы гастрин-продуцирующей зоны желудка с целью определения адекватного объема резекции в профилактике пептических язв;

1977 год - внедрение и развитие эндоскопического бужирования рубцовых стриктур пищевода;

1977 год - освоение и развитие органосохраняющего направления хирургии - эндоскопической полипэктомии органов ЖКТ;

1978 год - тесное сотрудничество с коллективом отделения рентгенологии наконец-то позволило диагностировать патологию желчевыводящих путей и большого дуоденального соска, ранее остававшейся недоступной и трудно выявляемой для клинициста - внедрена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;

1978 год - освоена эндоскопическая внутрипросветная внутрилегочная биопсия при десимирированных процессах легких.

Первая половина восьмидесятых годов была посвящена освоению и внедрению пособий экстренной

лечебной эндоскопии в оказании помощи населению. Основное внимание уделялось развитию гемостатических методик. Регулярное прохождение докторами коллектива курсов тематического усовершенствования на центральных базах Советского Союза стали особенно благодатными в отношении развития передовых на тот момент кровоостанавливающих пособий.

1981, 1982 и 1983 года стали испытательными для новых на тот период эндоскопических способов гемостаза: клеевой аппликации кровоточащего сосуда, эндоскопической установки гемостатической губки и эндоскопического инъекционного гемостаза при массивных струйных кровотечениях. Совершенствование данного направления эндоскопии позволило сделать первые шаги в развитии органосохраняющего направления медицины и возвести проблему желудочно-кишечных кровотечений в статус разрешаемых.

Помимо оказания эндоскопической помощи в ургентный период особое внимание оказывалось развитию патогенетической коррекции язвенной болезни - в 1981 году впервые был применен терапевтический лазер в лечении острых и хронических язв.

1987 год был посвящен освоению трансбронхиальной биопсии бифуркационных лимфоузлов с целью определения природы лимфаденопатии. Данное направление внесло существенные коррективы в диагностическую тактику курации пациентов с периферическими и диссеминированными процессами.

Период "девяностых" оказался для эндоскопического отделения, получившего этот статус в 1997 году, застойным (отсутствовала и не развивалась материально-техническая база), однако, как выяснилось позже, это был лишь этап накопления сил для следующего более мощного инновационного рывка.

Начало "двухтысячных" можно смело именовать эпохой внутрипросветных хирургических технологий. Будучи аппаратурозависимой, эндоскопическая специальность нередко остается за бортом передовых нововведений, однако эндоскопическое отделение ККБ, несмотря на существенную удаленность от ведущих российских и зарубежных центров, продолжает идти в ногу со временем.

2007 год стал знаменательным и особенно важным для пациентов профиля гнойной хирургии, страдающих затяжными нагноительными деструктивными процессами бронхо-легочной системы. Длительный курс агрессивной антибиотикотерапии на протяжении десятилетий не давал клинического эффекта, а развивающаяся и практически не купируемая эмпиема превры нередко становилась последним осложнением перед летальным исходом. Решением одной из самых важных проблем гнойных хирургов стала эндоскопическая клапанная бронхоблокация, впервые выполненная на базе эндоскопического отделения ККБ.

В июне 2007 года впервые в крае были введены в эксплуатацию эндоскопическая видеостойка Olympus CV-70 с электрохирургическим блоком и аргоноплазменный коагулятор Martin. Появление современного оборудования существенно расширило лечебно-диагностические возможности и открыло огромный горизонт для изобретательской деятельности.

Изначально основным показанием к использованию коагулятора оставались желудочно-кишечные кровотечения. За 7 лет эксплуатации удалось снизить показатели летальности до цифр центральных клиник (институт скорой помощи им. Склифосовского) - 1,2 - 3,2% (18% - летальность по краю, 12% - летальность по России).

В 2009 году показания к использованию аргоноплазменного коагулятора расширились за счет внедрения паллиативной методики деструкции обтурирующих просвет желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей опухолей. Впервые в крае удалось развить направление, позволяющее повышать качество жизни уже запущенных онкологических больных за счет восстановления жизненно важных и физиологических функций.

В 2010, 2011 и 2012 годах коллектив отделения был увлечен разработкой дилатирующей методики лечения стриктур желудочно-кишечного тракта и анастомозов различной локализации методом воздействия ионизированной аргоновой плазмой. Совершенствование данной сферы, остававшейся застойной на территории края, существенно изменило прогноз и образ жизни ранее безнадежных пациентов. В 2013 году было получено 2 патента на изобретения: "Лечение рубцового стеноза пищевода" и "Лечение стеноза выходного отдела желудка язвенной этиологии".

Расширение реанимационного фонда, датируемое 2012-2013 годами, привело к существенному увеличению числа пациентов, нуждающихся в длительной аппаратной вентиляции. Совместное с врачами ЛОР-отделения внедрение ассистированной пункционно-дилатационной трахеостомии оказалось важным звеном в профилактике постинтубационных осложнений. Однако и развитие последних с 2014 года перестало быть критичным - впервые в крае была проведена успешная аргоноплазменная девитализация стриктуры трахеи.

Тесное сотрудничество с отделением колопроктологии дало толчок к попыткам внедрения дилатирующей эндоскопии в лечении пациентов с болезнью Крона стенозирующего характера, благодаря чему в 2013 году стало возможным решение такой принципиально важной медико-социальной проблемы, как пожизненная колостома.

Одним из основных показателей эффективности деятельности эндоскопической службы является проведение внутрипросветных хирургических пособий в отношении предраковых процессов. В 2014 году ши-

роекое распространение получила эндоскопическая резекция слизистой желудочно-кишечного тракта при тубулярных, тубулярно-ворсинчатых и стелющихся опухолях, в отношении которых всегда необходима высокая степень онконастороженности. Освоение данной методики становится возможной благодаря виртуозности владения специальностью, достойному уровню компетентности и статусу подразделения ККБ. Целенаправленная польза в отношении органосохранения, минимализации травматичности, риска пери- и послеоперационных осложнений и исчисляемого сотнями тысяч экономического эффекта возводит данные пособия в категорию высокотехнологичных.

Вторым не менее значимым направлением онкопрофилактики является внедрение аргоноплазменной абляции очагов кишечной метаплазии при пищеводе Барретта, что в эру пика гастроэзофагеального рефлюкса и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы считается одним из самых актуальных направлений современной оперативной внутрипросветной эндоскопии.

Все перечисленное выше остается лишь фрагментом летописи достижений эндоскопического отделения Краевой клинической больницы, потому что неумная любовь к профессии и желание помогать никогда не позволят стоять на месте. То ли еще будет!!!

## **РОЛЬ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Н.И. Троицкая, С.Л. Лобанов**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Острый панкреатит является одним из наиболее распространенных тяжелых заболеваний органов брюшной полости, занимая третье место среди абдоминальной ургентной хирургической патологии после острого аппендицита и острого холецистита. Одним из важнейших звеньев в патогенезе является расстройство кровообращения на уровне микроциркуляторного русла.

На базе ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Читы нами проведено исследование уровня провоспалительных цитокинов IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$  в сыворотке крови у 13 больных с различными формами острого панкреатита.

Установлено, что в 1-е сутки заболевания уровень IL-1 $\beta$  в группе больных отечной формой в 2,2 раза ниже по сравнению с панкреонекрозом ( $p < 0,001$ ). На 5-е сутки заболевания при деструктивной форме панкреатита данный показатель повышался в 3,6 по сравнению с началом наблюдения ( $p_1 < 0,001$ ).

Уровень IL-6 в группе клинического сравнения в 4,4 и 8,6 раза превышал показатели в обеих группах больных ( $p = 0,009$ ,  $p < 0,001$ ). На 5-е сутки заболевания содержание IL-6 в группе больных отечными формами панкреатита незначительно повышается, в тоже время при деструктивных формах острого панкреатита на 5-е сутки данный показатель не определяется.

Концентрация TNF- $\alpha$  снижалась в группе с отечной формой в 6,5 раза, в группе с деструктивной формой - в 100 раз по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ). На 5-е сутки заболевания концентрация TNF- $\alpha$  в сыворотке при легком течении острого панкреатита резко снижается, тогда как в аналогичные сроки при тяжелом течении заболевания отмечается его повышение 14,5 раза ( $p_2 < 0,001$ ).

При анализе полученных нами данных, наибольший интерес вызывает резкое снижение IL-6 и TNF- $\alpha$  в сыворотке крови на 5-е сутки при отечной и деструктивной формах острого панкреатита. На первый взгляд, эти сдвиги находятся в явном противоречии с клинической картиной заболевания. Однако, согласно данным Цыбикова Н.Н. и соавторов, уровень цитокинов достаточно жестко лимитируется аутоантителами класса Ig G в крови и класса S Ig A в других биологических жидкостях (слюна, слезная жидкость, назальный секрет). Следует предполагать, что полное исчезновение названных цитокинов обусловлено их элиминацией в динамике острого панкреатита.

## **ВОЗДЕЙСТВИЕ ГОМОЦИСТЕИНА И ЦИСТЕИНА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Н.И.Троицкая, С.Л.Лобанов, Н.Н. Цыбиков**

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Как известно, важная роль в процессе инициации воспаления отводится продуктам обмена метионина - цистеину и гомоцистеину. Гомоцистеин в плазме подвергается окислению, в процессе которого образуются свободные радикалы, токсичные для клеток эпителия, что приводит к потере эластичности внутрисосудистой выстилки, а также окислению липопротеидов низкой плотности. Следствием повреждения эндотелиальной выстилки сосудов является стимуляция тромбоцитов и лейкоцитов, угнетение синтеза оксида азота. Гомоцистеин стимулирует агрегацию тромбоцитов, адгезию лейкоцитов, стимулируя высвобождение ци-

токинов и хемокинов. При этом нарушаются функции тканевого активатора плазминогена, способствует связыванию липопротеина с фибрином, а также ингибирует функцию естественных антикоагулянтов. Кроме того, гомоцистеин стимулирует факторы свертывания - V, X, и XII. Таким образом, гомоцистеин является сильным патогеном, участвующим во всех звеньях патологического процесса, вместе с тем, роль данного вещества в патогенезе острого панкреатита до сих пор не ясна.

На базе ГУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Читы нами проведено исследование уровня гомоцистеина и цистеина в сыворотке крови у 13 больных с различными формами острого панкреатита. I группу составили 9 больных с отечной формой панкреатита, II группу - 14 больных с панкреонекрозом. Группу клинического сравнения составили 10 практически здоровых человек.

Уровень гомоцистеина в сыворотке крови в 1-е сутки заболевания в контрольной группе был в 1,5 раза ниже, чем данный показатель в I группе и в 2 раза ниже, чем во II группе ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ). Во II группе в динамике отмечено снижение данного показателя в 1,4 раза ( $p = 0,034$ ).

Уровень цистеина в 1-е сутки заболевания в контрольной группе был в 3,4 раза выше данных I группы и в 4,4 раза выше, чем во II группе ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ). На 5-е сутки заболевания в обеих группах отмечено повышение данного показателя, однако, его концентрация была ниже в 2,4 и 3,6 раза по сравнению с результатами контрольной группы ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о важной роли гомоцистеина и цистеина в патогенезе различных форм острого панкреатита.

**ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ПРИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА**  
**Ю.С. Трусова, А.Р. Махазагаев, Ф.Р. Чепцов, К.Г. Шаповалов, Д.В. Неклюдов, И.И. Димитряков**  
*ГУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Чита*

Считается, что эндоскопические операции выполняются с меньшей травмой для больного, но не всегда с меньшим риском.

Приоритетным в современной анестезиологии является обеспечение безопасности пациентов при проведении хирургических вмешательств и повышение комфортности в их ощущениях в периоперационном периоде. На базе ГУЗ ГКБ № 1 г. Читы лапароскопическим методом оперируется ежегодно до 400 пациентов, из них более 70% в возрасте от 40 до 65 лет. Подавляющее большинство имеют сопутствующую соматическую патологию, в том числе артериальная гипертония диагностирована у 35% больных, патология мочевыводящих путей - у 11%, патология органов дыхания - у 15%, заболевания сердца - у 8%, ожирение - 11%.

В настоящее время методом выбора анестезиологического обеспечения лапароскопических операций является эндотрахеальный наркоз, базирующийся на концепции комбинированной анестезии и дающий возможность быстро осуществлять интраоперационную коррекцию состояния пациента.

Такая анестезия относится к разряду анестезии среднего и высокого риска ввиду возможности развития острого нарушения мозгового кровообращения и других осложнений при срыве адаптационных механизмов, сердечно-сосудистой недостаточности и дыхательных нарушений.

При создании удобств для работы хирургической бригады анестезиологу приходится столкнуться с известным рядом проблем: карбоперитонеум, положение пациента на боку или с опущенным головным концом (по Тренделенбургу), относительная гиповолемия и разные варианты сопутствующей патологии.

Высокое внутрибрюшное давление при лапароскопических операциях ведет к краниальному смещению диафрагмы, обуславливая уменьшение легочных объемов, в том числе и функциональной остаточной ёмкости легких. Помимо этого, снижается податливость легких, возрастает сопротивление дыхательных путей, повышается давление в них во время ИВЛ, что повышает риск гемодинамических сдвигов, баротравмы легких. Уменьшение подвижности диафрагмы ведет к нарушению вентиляционно-перфузионных отношений в различных отделах легких, шунтированию крови, росту физиологического мертвого пространства, развитию ателектазов, гиперкапнии, гипоксемии. На фоне повышения давления в брюшной полости существенно возрастает риск регургитации и аспирации желудочного содержимого.

Одним из показателей реагирования организма на операционный стресс являются изменения параметров гемодинамики. По всей видимости, механизм снижения сердечного выброса является многофакторным. Компрессия нижней полой вены ведет к депонированию крови в нижних конечностях, снижению венозного возврата и, соответственно, снижению производительности сердца. Повышенное внутрибрюшное давление ведет к развитию венозного стаза в нижних конечностях, в связи с чем, существенно возрастает риск развития тромбоэмболических осложнений. Высокое внутрибрюшное давление вызывает ухудшение органного кровотока, в том числе в мезентериальных сосудах. Повышение внутрибрюшного давления более 16 мм рт ст негативно сказывается на функции почек и темпе диуреза. Еще одной, характерной для лапароскопических операций ситуацией является развитие гиперкапнии, которая вызывает гемодинами-

ческие сдвиги как за счет прямого действия на сердечно-сосудистую систему, так и вследствие гиперкатехоламинемии. В данных условиях возможно развитие тахикардии, аритмии.

Решение проблем с помощью "коротких" релаксантов неудобно при проведении длительных лапароскопических вмешательств. Попытки же сокращения доз релаксантов за счёт отказа от повторных введений перед окончанием операции ухудшают условия работы хирургов - ведь для успешного проведения эндоскопического вмешательства необходимо поддержание полной мышечной релаксации на протяжении всего периода операции.

**Заключение.** Выполнение лапароскопических операций требует проведения общей анестезии с интубацией трахеи и ИВЛ на фоне тотальной миоплегии. Тотальная миоплегия позволяет избежать необходимости создания высокого внутрибрюшного давления и, вследствие этого, помогает свести к минимуму гемодинамические сдвиги во время операции.

Обязательным условием считается мониторинг показателей механики дыхания, пульсоксиметрии, капнометрии. Необходимость обеспечения адекватной аналгезии при таких операциях сохраняется, несмотря на некоторое уменьшение травматичности доступа.

## ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ И МУКОПЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

С.Ю.Чистохин, Л.В. Белоцкая

*НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2,  
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

**Актуальность.** Всё большую популярность среди врачей и пациентов завоевывает операция DHAL-RAR как патогенетически обоснованная и малотравматичная технология.

**Цель исследования** - оценить роль и место DHAL-RAR в лечении больных геморроем в сочетании с другими аноректальными патологиями.

**Материал и методы.** В течение 2013-2014 годов в ДКБ ст. Чита-2 оперировано 172 больных с разными стадиями геморроя. Из них 105 пациентам выполнена операция DHAL-RAR на отечественном оборудовании "Ангиодин-Прокто" (I группа) и 67 - открытая геморроидэктомия (II группа).

**Результаты.** В I группе у 23 (22%) больных дезартеризация, пликация и лифтинг 2-3 узлов дополняли удалением 1 крупного узла с выраженным фиброзом и (или) изъязвлением. В этой же группе операцию DHAL-RAR комбинировали с иссечением трещин и дозированной сфинктеротомией у 26 (24,8%) пациентов, с полипэктомией у 24 (23%), с леваторопластикой по поводу ректоцеле у 4 (3,9%). Т. о., в I группе комбинированные операции выполнены у 68% больных, в том числе, симультанные операции по поводу 2-3 сочетанных аноректальных патологий - у 46% пациентов. В этой группе боли купировались через 1-2 суток после изолированной DHAL-RAR и через 2-3 суток после комбинированных операций. Отек и выпадение прошитых узлов отмечены у 6 оперированных, стойкие боли наблюдали у 1 пациентки. В отдаленные сроки у 1 больного выявлен рецидив заболевания (0,95%), у остальных констатированы хорошие и удовлетворительные результаты.

Во II группе из 67 больных с геморроем IV стадии классическая геморроидэктомия 3 узлов у 12 (18%) дополнена дезартеризацией, пликацией и лифтингом еще 1-2 узлов средних размеров, обычно, на 1 и 5 часаж; иссечением трещин у 5 (7,5%); полипэктомией у 13 (19,4%). В этой группе симультанных санаций разных патологий - 25% (p=0,007), всего комбинированных операций - 43% (p=0,009). Послеоперационные боли продолжались дольше, до 4-5 суток. Из ранних осложнений - вторичное заживление ран у 5 (7,5%) и подочно-подслизистый парапроктит у 1 (1,5%).

**Заключение.** Допплер-контролируемая дезартеризация, пликация и лифтинг геморроидальных узлов позволяет заметно расширить применение комбинированных и симультанных операций в аноректальной зоне, снижает риск инфекционных осложнений и более, чем вдвое сокращает сроки стационарного и амбулаторного лечения.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.С. Ханина

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Печень выполняет специфические функции, связанные с транспортом и метаболизмом тиреоидных гормонов. Изменения функции щитовидной железы вызывают сдвиги со стороны печени, способствуют развитию желчнокаменной болезни (ЖКБ). Таким образом, **целью** работы явилось установить взаимосвязь желчнокаменной болезни и патологии щитовидной железы.

**Материалы и методы.** Исследование выполнялось на базе ГУЗ "ГКБ №1". Клиническую группу составили 50 женщин (n=50) в возрасте от 35 до 45 лет. Из них с ЖКБ - 25 (n=25), выполнялась плановая холецистэктомия (ХЭ). С узловым зобом - 25 (n=25), проводилась гемитиреоидэктомия (ГТЭ). Пациенткам выполня-

лось: биохимическое исследование крови, кровь на липидный спектр, УЗИ (желчного пузыря, щитовидной железы), определение уровня тиреоидных гормонов (Т3, Т4, ТТГ). Проводилось определение качества жизни (опросник SF-36). Для статистической обработки использовали пакет программ Statistica 6.0.

**Результаты.** Установлено, что у женщин, которые находились на лечении с патологией щитовидной железы в анамнезе выполнялась ХЭ (n=12). Следует отметить, что 92% респонденток связывают настоящую патологию с проведенным ранее оперативным вмешательством. У 3 пациенток на УЗИ выявлены камни желчного пузыря. Биохимические показатели крови в пределах нормы. Отмечено увеличение концентрации общего холестерина 6,2 ммоль/л, ЛПНП-4,1 ммоль/л, КА-5. При проведении анкетирования по качеству жизни были получены следующие результаты: физическое функционирование (pf)-54; ролевое функционирование (rp)-55; боль (p)-47,6; общее здоровье (gh)-51,6; жизнеспособность (vt)-42; социальное функционирование (st)-67,5; эмоциональное функционирование (re)-36,5; психическое здоровье (mh)-33. У женщин, которые находились на лечении с ЖКБ, выявлена в одном случае ГТЭ. При проведении УЗИ щитовидной железы отмечено увеличение объема щитовидной железы у одной пациентки. Биохимические показатели крови, липидный спектр, тиреоидная панель в пределах нормы. При проведении анкетирования по качеству жизни были получены следующие результаты: физическое функционирование (pf)-76; ролевое функционирование (rp)-55; боль (p)-47,6; общее здоровье (gh)-51,6; жизнеспособность (vt)-57; социальное функционирование (st)-67,5; эмоциональное функционирование (re)-46,6; психическое здоровье (mh)-49.

**Заключение.** Между патологией щитовидной железы и желчнокаменной болезнью существует патогенетическая связь. Необходимо у пациентов, которым ранее выполнялась ХЭ, проводить УЗИ щитовидной железы, определять уровень тиреоидных гормонов.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ю.С. Ханина, К.Г. Шаповалов, А.А.Герасимов, С.Л. Лобанов, О.Г. Коновалова

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

*ГУЗ "Городская клиническая больница №1", г. Чита*

Холелитиаз служит поводом для ежегодного проведения до 2,5 миллионов плановых и экстренных операций на желчевыводящих путях в мире. К 2050 году при сохранении современных темпов роста частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ) каждый пятый житель планеты будет страдать данным заболеванием. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является одним из самых распространенных эндохирургических вмешательств. **Целью** работы явилось изучение возможностей применения ЛХЭ у больных с различной массой тела, страдающих желчнокаменной болезнью, а также определение факторов риска развития послеоперационных осложнений и их профилактика.

**Материалы и методы.** Клиническую группу составили 90 женщин (n=90), в возрасте от 40 до 60 лет. Все пациенты оперированы с применением стандартной методики ЛХЭ, сопоставлены по характеру основного процесса и сопутствующей патологии. Женщины были условно разделены на две группы в зависимости от индекса массы тела в соответствии с классификацией Международной группы по изучению ожирения ВОЗ (International Obesity Task Force - IOTF 1997): первая - пациенты с ожирением, вторая группа с избыточной массой тела. Группу клинического сравнения представляли 30 больных с нормальной массой тела. Коагуляционный гемостаз оценивали всем больным при поступлении, на первые, третьи и пятые сутки послеоперационного периода. Выполнялись следующие тесты: определение Международного нормализованного отношения (МНО); активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) по способу M.J. Larrien, C. Weiland (1957) в модификации З.С. Баркагана (1975); концентрация фибриногена (Рутберг Р.А., 1961); тромбиновое время по способу R.M. Biggs, R.G. Macfarlane (1962). Для всех выполняемых методик использовались реактивы ООО "Технология Стандарт" (Барнаул).

Методика измерения показателей сосудистого тонуса проводилась методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью прибора "ЛАКК-02" (НПП "Лазма", Россия). Расчет коэффициента (Т) раннего прогнозирования тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде проводили на третьи сутки после лапароскопической холецистэктомии. Анализировались изменения МНО, максимальных амплитуд колебаний кровотока (нейрогенного, миогенного и сосудистого компонентов) в до- и послеоперационном периоде. Статистическая обработка полученных данных осуществлена при помощи пакета программы Microsoft Excel. Различия между двумя средними значениями при нормальном распределении признака и большой выборке оценивали по критерию Стьюдента. При малой выборке сравниваемых совокупностей использовался непараметрический критерий Вилкоксона. Различия сравниваемых показателей считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** МНО в группах пациентов с различной массой тела до операции находилось в пределах нормы. На первые сутки после оперативного вмешательства выявлено существенное умень-



шение МНО у пациентов всех групп. У больных с избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением данные изменения носят более выраженный характер. Это подтверждает высокий риск возникновения гемокоагуляционных нарушений именно в этом периоде. Нормализация МНО регистрируется на пятые сутки после ЛХЭ. Отмечено, что концентрация фибриногена до оперативного вмешательства во всех группах пациентов определялась в пределах нормы. Увеличение уровня фибриногена проявилось сразу после операции и достигло максимума на пятые сутки послеоперационного периода у всех больных ( $p < 0,001$ ). Активированное частичное тромбопластиновое время - это показатель, характеризующий внутренний путь активации протромбиназного комплекса. Исходный уровень данного показателя находился в пределах нормы у всех групп пациентов. На первые сутки после оперативного вмешательства зарегистрировано уменьшение АЧТВ. В группе больных с ожирением изменения данного показателя носят более выраженный характер. Восстановление АЧТВ происходит на пятые сутки после операции. Во всех группах пациентов изменений показателей тромбинового времени нет. Установлено, что при исследовании показателей микроциркуляции на голени у пациентов с нормальной массой тела (НМТ) отмечается увеличение коэффициента вариации на 17,3% ( $p < 0,05$ ) и индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) на 12,1% ( $p < 0,05$ ) на третьи сутки послеоперационного периода. Отмечено повышение нейрогенного тонуса в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). Выявлено, что на третьи сутки после лапароскопической холецистэктомии регистрируется уменьшение показателей максимальной амплитуды нейрогенного компонента в 1,6 раза ( $p < 0,001$ ), миогенного в 1,8 раза ( $p < 0,001$ ). На голени у больных с ИМТ отмечается увеличение ИЭМ на 16,2% ( $p < 0,01$ ). Регистрируется повышение амплитуды быстрых осцилляций кровотока в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ) на третьи сутки послеоперационного периода. На третьи сутки после оперативного вмешательства в группе пациентов с ИМТ зафиксировано уменьшение показателей максимальной амплитуды эндотелиального компонента в 1,3 раза ( $p < 0,001$ ), нейрогенного компонента в 1,5 раза ( $p < 0,01$ ), миогенного в 1,7 раза ( $p < 0,001$ ) и сосудистого компонента в 1,3 раза ( $p < 0,01$ ) и увеличение максимальной амплитуды дыхательной волны в 1,6 раза ( $p < 0,01$ ). На голени у пациентов с ожирением на третьи сутки послеоперационного периода определяется увеличение показателя микроциркуляции на 14,4% ( $p < 0,01$ ), коэффициента вариации на 28,5% ( $p < 0,01$ ), ИЭМ на 13,6% ( $p < 0,01$ ) и амплитуды быстрых осцилляций кровотока в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), а также уменьшение амплитуды пульсовых осцилляций кровотока в 1,3 раза ( $p < 0,01$ ). С помощью "вейвлет" анализа нами обнаружено, что на третьи сутки после оперативного вмешательства регистрируется повышение нейрогенного тонуса в 1,5 раза ( $p < 0,001$ ) и понижение показателя шунтирования в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ). Установлено, что в группе больных с ожирением на третьи сутки после лапароскопической холецистэктомии наблюдается уменьшение показателей максимальной амплитуды эндотелиального компонента в 1,8 раза ( $p < 0,001$ ), нейрогенного компонента в 1,7 раза ( $p < 0,001$ ), миогенного в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ), сосудистого компонента в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ), увеличение показателей максимальной амплитуды дыхательной волны в 1,7 раза ( $p < 0,01$ ). При проведении дыхательной пробы у пациентов независимо от массы тела регистрируется уменьшение показателя степени снижения кровотока после лапароскопической холецистэктомии. В группе больных с НМТ происходит понижение ССК в 1,2 раза ( $p < 0,001$ ), у пациентов с ИМТ в 1,4 раза ( $p < 0,001$ ), у больных с ожирением в 1,8 раза ( $p < 0,001$ ). При изучении показателей сосудистого тонуса при эндохирургическом лечении желчнокаменной болезни выявлено, что у пациентов с ожирением возникают существенные микроциркуляторные изменения, в основе которых лежит нарушение работы активных и пассивных механизмов регуляции осцилляций кровотока. При изучении МНО и показателей максимальных амплитуд колебаний кровотока (нейрогенного, миогенного, дыхательного компонентов) в раннем послеоперационном периоде установлено, что наибольшие изменения отмечались в группе пациентов с ожирением. В результате нами предложен коэффициент раннего прогнозирования тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде, представляющий собой отношение изменений МНО и максимальных амплитуд колебаний кровотока (нейрогенного, миогенного и дыхательного компонентов). В результате исследования установлено, что у пациентов с ожирением прогностический коэффициент  $T < 0,18$ . Таким образом, для коррекции нарушений в системе гемостаза и микроциркуляции, возникающих в послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии, целесообразно проведение антикоагулянтной терапии. Для решения этой задачи, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений, в данной работе использовали препарат низкомолекулярного гепарина - флексан (эноксапарин натрия код АТХ - В01АВ05; Регистрационный номер ПН№014462/01 - 2002 от 16.10.2002). Последний в дозе 20 мг (0,2 мл) вводили подкожно за 2 часа до оперативного вмешательства и на 2 сутки послеоперационного периода. После проведенной терапии при исследовании показателей гемостаза (МНО, АЧТВ) у пациентов с ожирением изменений не выявлено.

Установлено, что на 3 сутки после оперативного вмешательства после введения данной группе больных низкомолекулярного гепарина - флексана, изменений показателей максимальных амплитуд колебаний кровотока на голени не обнаружено, за исключением снижения максимальной амплитуды нейрогенного компонента на 27% ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Для прогнозирования развития гемодинамических осложнений в раннем послеопераци-

онном периоде при лапароскопической холецистэктомии предлагается расчет прогностического показателя Т по формуле:  $T = (MHO_p/MHO_d) * ((AmaxN * AmaxM / AmaxD)^p / (AmaxN * AmaxM / AmaxD)^d)$ , где МНО - Международное нормализованное отношение, АmaxN - максимальная амплитуда нейрогенного компонента, АmaxM - максимальная амплитуда миогенного компонента, АmaxD - максимальная амплитуда дыхательного компонента, р - указывает на значения после операции, d - на показатели до оперативного вмешательства (является для пациента нормальным значением). При  $T < 0,40$  прогнозируют риск развития тромбозомболических осложнений. Для профилактики тромбозомболических осложнений после лапароскопической холецистэктомии у пациентов с ожирением целесообразно проведение антикоагулянтной терапии по следующей схеме: клексан в дозе 20 мг подкожно за 2 часа до операции и на 2 сутки послеоперационного периода.

## ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ IgG К HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.А.Яшнов, Ю.С.Ханнина, С.Л. Лобанов

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

IgG составляет 70-75 % всей фракции иммуноглобулинов сыворотки здорового человека, наиболее активен во вторичном иммунном ответе и антитоксическом иммунитете. Таким образом, целью исследования является определение количественной характеристики IgG к НР у больных, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Клиническую группу составили женщины (n=105) в возрасте от 30 до 50 лет, страдающие различными вариантами течения ЖКБ. Контрольную группу представили 35 женщин в возрасте от 30 до 50 лет, не страдающие ЖКБ и у которых при фибро-гастро-дуоденоскопии обнаружены признаки хронического гастрита не ассоциированного с НР.

### Результаты и обсуждение.

До оперативного вмешательства уровень IgG к Н. Pylori у пациентов с ЖКБ, острым калькулезным холециститом составил  $137,71 \pm 1,06$  Е/мл; у пациентов с ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения  $92 \pm 1,04$  Е/мл, у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии  $70,29 \pm 0,90$  Е/мл. В контрольной группе  $22,28 \pm 1,04$ . На 5 сутки после оперативного вмешательства статистически значимого изменения показателей IgG антител к Н. Pylori не наблюдалось.

На 10 сутки после оперативного вмешательства IgG к Н. Pylori у пациентов с ЖКБ острым калькулезным холециститом составил  $65,14 \pm 0,95$  Е/мл; у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения  $56,57 \pm 0,93$  Е/мл, у пациентов с ЖКБ хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии  $51,43 \pm 0,91$  Е/мл.

**Выводы:** Полученные данные подтверждают, что с достоверностью  $p \leq 0,05$  происходит снижение концентрации IgG к Helicobacter pylori у больных, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезни на 10 сутки после холецистэктомии. В среднем у больных, страдающих ЖКБ с острым калькулезным холециститом, происходит снижение концентрации IgG к Helicobacter pylori в 0,5 раза (52,7%;  $p \leq 0,05$ ). У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию ремиссии наблюдается снижение концентрации IgG к Helicobacter pylori в 0,2 раза (26,8%;  $p \leq 0,05$ ). У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию обострения, происходит снижение концентрации IgG к Helicobacter pylori в 0,3 раза (38,5%;  $p \leq 0,05$ ).

С достоверностью  $p \leq 0,05$  отмечается увеличение концентрации IgG к Helicobacter pylori у больных, страдающих различными вариантами течения желчнокаменной болезни до оперативного вмешательства по сравнению с контрольной группой. В среднем у больных, страдающих ЖКБ с острым калькулезным холециститом наблюдаются повышенные показатели концентрации IgG к Helicobacter pylori в 3 раза (386,9%;  $p \leq 0,05$ ) в сравнении с контрольной группы. У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию ремиссии определяются повышенные показатели концентрации IgG к Helicobacter pylori в 1,5 раза (148,5%;  $p \leq 0,05$ ) в сравнении с контрольной группы. У больных, страдающих ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом в стадию обострения наблюдаются повышенные показатели концентрации IgG к Helicobacter pylori в 2 раза (225,3%;  $p \leq 0,05$ ) в сравнении с контрольной группы.

Опираясь на полученные данные можно говорить о том, что при желчнокаменной болезни имеет место увеличение концентрации IgG к Helicobacter pylori.

На десятые сутки после холецистэктомии происходит снижение концентрации IgG к Helicobacter pylori, что говорит об обсеменности желчного пузыря Helicobacter pylori.

## ЮБИЛЕЙ



### НОВОПАШИНА ГАЛИНА НИКОЛАЕВНА

В апреле принимала поздравления с юбилеем Отличник здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, доцент ВАК, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" Галина Николаевна Новопашина.

Более 40 лет отдала Галина Николаевна здравоохранению и свыше 30 из них - Читинской государственной медицинской академии. Являясь высококвалифицированным специалистом, и имея богатый врачебный опыт по всем разделам акушерства и гинекологии, она неустанно передаёт свои знания студентам, коллегам и врачам, прививая им любовь к единожды выбранной ею профессии.

Ежедневную работу преподавателя Галина Николаевна совмещает с практической врачебной деятельностью. За годы работы в академии постоянно оказывает консультативную, лечебную, методическую помощь на всех базах кафедры. Неоднократно вылетала по заданию санитарной авиации в районы края как сотрудник кафедры на сложные случаи в акушерской практике. В течение многих лет является куратором по родовспоможению в Хилокском районе. Ведет консультативный прием в диагностической поликлинике ЧГМА. Обучает студентов и клинических ординаторов на акушерских и гинекологических фантомах и симуляторах в Центре практических навыков академии.

На счету Галины Николаевны немалое количество передовых достижений в медицине, а самое главное - огромное количество благодарных исцеленных пациентов. Врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории Г.Н. Новопашина в полном объеме владеет методами диагностики и лечения

пациентов с различной акушерской и гинекологической патологией. В своей практической работе внедряет новые технологии профилактики и лечения послеродовых заболеваний, диагностики и лечения эндометриоза, бесплодного брака, а её организаторский талант позволил создать первый кабинет по лечению бесплодия с применением новых технологий в гинекологии.

Трудолюбие, целеустремленность, принципиальность и вместе с тем чуткость и отзывчивость явились основой всех достижений Галины Николаевны. Её профессиональная компетентность в сочетании с житейской мудростью, открытостью и порядочностью снискали заслуженный авторитет и уважение во врачебном сообществе. Галина Николаевна принимает активное участие в работе краевых научно-практических конференций, а большой клинический опыт и результаты научных исследований обобщены ею в учебных пособиях и публикациях.

Труд Галины Николаевны высоко оценен Министерством здравоохранения Российской Федерации и Забайкальского края, ректоратом Читинской государственной медицинской академии.

**Уважаемая Галина Николаевна, от коллектива кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ЧГМА примите пожелания благополучия. Пусть каждый миг Вашей жизни будет неповторим, значим и удачлив! Искренне желаем Вам долгих и активных лет жизни, крепкого здоровья, счастья и сохранить на многие годы позитивную энергию и молодость души!**

*С уважением, коллектив кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА*



### ЕРОФЕЕВА ЛЮДМИЛА ГАВРИЛОВНА

В марте отметила свой юбилей акушер-гинеколог, заслуженный работник здравоохранения Читинской области, Отличник здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, доцент ВАК, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия" Людмила Гавриловна Ерофеева.

Выпускница Читинского государственного медицинского института, 46 лет назад начала она свою врачебную и преподавательскую деятельность сначала в Читинском медицинском училище и родильном доме №1 г. Читы, а затем, с 1978 года, в ЧГМА - ассистентом, и в дальнейшем, доцентом кафедры акушерства и гинекологии.

Принципиальная, требовательная к себе, с высокими профессиональными и организаторскими качествами Людмила Гавриловна долгие годы была ответственной как сотрудник кафедры на клинических базах: родильном доме областной и железнодорожной больниц, городских родильных домах №1 и №2. Работу на кафедре длительное время совмещала с должностью заведующего отделением оперативной гинекологии родильного дома №2 г. Читы, успешно справляясь со своими обязанностями. Много лет оказывала неотложную помощь ургентным больным в стационарах города, лечебно-консультативную и методическую помощь районам Забайкальского края по линии санитарной авиации, являлась куратором Черновского родильного дома, принимала активное участие в становлении работы Перинатального центра ККБ г. Читы.

Людмила Гавриловна Ерофеева - опытный врач акушер-гинеколог, имеет высшую квалификационную категорию. Обладая огромным клиническим опытом, оказывает практическую лечебную, консультативную и методическую помощь, внедряет новые технологии, владеет всеми видами оперативных вмешательств в акушерской и гинекологической практике, проводит клинические конференции. Постоянно ведет консультативный прием в диагностической поликлинике ЧГМА по вопросам семей-

ного бесплодия, гинекологической эндокринологии, невынашивания беременности.

Людмилу Гавриловну отличает не только профессиональное, но и педагогическое мастерство, широкая эрудиция, энергичность. Лекции, читаемые ею на высоком методическом уровне, проводимые практические занятия и клинические разборы больных всегда высоко оцениваются студентами и врачами - слушателями последипломной профессиональной подготовки.

Ерофеева Л.Г. является членом Забайкальского общества акушеров-гинекологов, принимает активное участие в проведении краевых семинаров и клинико-анатомических конференций, разборах сложных клинических случаев перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Имеет более 100 научных публикаций, является соавтором 10 учебных пособий.

За добросовестную и многолетнюю работу Людмила Гавриловна награждена нагрудным знаком Н.И. Пирогова, грамотой Министерства здравоохранения РФ, многими почетными грамотами медицинских учреждений здравоохранения и медалью заслуженного профессионального работника Читинской области.

Природа наделила Людмилу Гавриловну прекрасными человеческими качествами: отзывчивостью, душевностью, жизнелюбием, добротой, большим человеческим обаянием. Во многом благодаря этим качествам её любят и уважают пациенты, коллеги, ученики.

**Коллектив кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА желает Вам, уважаемая Людмила Гавриловна, дальнейших успехов, крепкого здоровья и благополучия, сохранения природной женственности и красоты!**

*С уважением, коллектив кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО ЧГМА*



**РАКИНА ОЛЬГА ИВАНОВНА**

Поздравляем с юбилеем ветерана анестезиолого-реанимационной службы Забайкальского края, первого преподавателя анестезиологии-реаниматологии в нашем регионе, Ракину Ольгу Ивановну!

В 1963 году после окончания института Ольга Ивановна Ракина пришла работать в ОКБ им. В.И. Ленина.

В январе 1967 года врач фтизиохирургического отделения Ракина О.И. получает специализацию врача-анестезиолога, проучившись в Ленинградском институте усовершенствования врачей на кафедре В.Л. Ваневского, зачисляется в штат отделения анестезиологии и реанимации ОКБ.

В 1972 году перешла на работу в городскую больницу №1 на кафедру травматологии с курсом анестезиологии и реанимации. Избрана членом Всероссийского и Всесоюзного общества анестезиологов. Участвовала во Всесоюзных съездах анестезиологов-реаниматологов в Москве (2 раза), Риге, Волгограде, Саратове, Минске, Одессе, Ташкенте, Красноярске, Иркутске, Ростове, Башкирии. В течение 20 лет обучала всех врачей анестезиологов-реаниматологов региона.

С 1992 г. Ракина О.И. перешла на работу в отделение заготовки и переработки крови ГКБ №1.

Длительное время возглавляла Читинское общество анестезиологов-реаниматологов.

Желаем Ольге Ивановне неиссякаемой энергии, крепкого здоровья, семейного благополучия!

*Совет ЗОАР*

## НЕКРОЛОГ

9 июня 2015 г. умер известный российский патофизиолог, доктор медицинских наук, профессор, руководитель научного центра клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения Российской академии наук Цырендоржиев Дондок Дамдинович.

Дондок Дамдинович родился 28 января 1960 года в селе Таптанай Дульдургинского района Читинской области. В 1984 г. закончил лечебный факультет Читинского государственного медицинского института и был распределен в целевую аспирантуру при НИИ экспериментальной и клинической медицины СО АМН СССР в г. Новосибирске. В 1989 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Реакция фагоцитирующих клеток на первичный и повторный стимул", а в 1997 г. докторскую диссертацию: "Реактивность системы мононуклеарных фагоцитов при гранулематозном воспалении". Основным направлением научно-исследовательской работы Д.Д. Цырендоржиева являлось исследование клеточно-молекулярных механизмов хронического воспаления и межклеточных взаимодействий в очаге воспаления. Одновременно Дондок Дамдинович яв-

лялся профессором кафедры патофизиологии Новосибирского государственного медицинского университета. Цырендоржиев Д.Д. - автор 230 научных работ, в том числе монографий, методических рекомендаций для врачей республиканского уровня, внедрений и учебно-методических пособий для врачей и студентов медицинских ВУЗов. Подготовил 4 доктора и 22 кандидата наук. Лауреат премии СО РАМН за исследования в области физиологии и патофизиологии фагоцитирующих клеток.

Профессор Цырендоржиев Д.Д. с большим вниманием относился к научным работам выпускников Читинской государственной медицинской академии и оказывал неоценимую помощь в подготовке как кандидатов, так и докторов наук, многократно выступая в качестве оппонента, рецензента и просто доброго советчика.

Мы навсегда сохраним память о профессоре Цырендоржиеве Дондоке Дамдиновиче и его вкладе в отечественную патофизиологию.

*Сотрудники кафедры  
патологической физиологии  
ГБОУ ВПО "Читинская государственная  
медицинская академия"*