

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2 ` 2019

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
“Читинская государственная медицинская академия”
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Главный редактор:
Говорин А.В.

Заместители главного редактора:
Ларева Н.В.,
Горбунов В.В.

Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Богомолов Н.И.,
Витковский Ю.А., Говорин Н.В.,
Лобанов С.Л., Мироманов А.М.,
Мочалова М.Н., Пархоменко Ю.В.,
Погребняков В.Ю., Романова Е.Н.,
Сахаров А.В., Смекалов В.П.,
Серебрякова О.В., Пинелис И.С.,
Цыбиков Н.Н., Шаповалов К.Г.,
Шильникова Н.Ф., Щербак В.А.

Ответственный секретарь - Макеева Л.Н.
Технический редактор - Чернова Ю.Г.
Корректор - Тришкина А.Н.

**Ежеквартальное
научно-практическое
издание**



Подписано в печать 30.06.2019

Бумага офсетная

Формат 60x84/8

Усл. изд. л. 4,9

Тираж 100

Адрес редакции:

672000, г. Чита,

ул. Горького, 39-а, к. 311

Тел.: (3022)32-00-85

Факс: (3022)32-30-58

E-mail: chgmazabmed@mail.ru

© ЧГМА, 2019



СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пинелис И.С., Гаджиева Э.И., Сандакова Д.Ц., Азарова Е.В., Алтынникова И.О., Пляскина Е.А. ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	3
Гердт Р.С., Княжева Н.Н., Брынза Н.С., Решетникова Ю.С., Дедюкина Е.С., Курмангулов А.А. ПРИМЕНЕНИЕ АУДИТА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....	5

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

Мироманов А.М. ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	10
---	----

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Артюхова Е.В., Харинцева С.В., Картукова О.Б., Фетисова Г.В. ВОЗМОЖНОСТИ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РЕФРАКЦИИ.....	21
Цырендоржиева В.Б., Шилина И.Н., Зобнина Е.С., Белокриницкая Л.Н., Бакшеева Л.А. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА.....	23

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Гаймоленко И.Н., Овчинникова Е.П., Филинова Е.Г., Зондуева Ц.М. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА.....	28
Малов В.И., Батурина Е.Г., Сорокина Л.А., Елина Т.В. СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ОСТРОГО КРИЗА ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА.....	31
Морозова Е.И. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА С РАЗВИТИЕМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	33
Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю., Найданова И.С. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭСТЕТИКИ ЛИЦА ПРИ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ.....	36

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Юрчук С.В., Жигарева Е.В. ОРИЕНТАЦИЯ НА ПОТРЕБИТЕЛЯ: РИСКОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ОДИН ИЗ ПРИНЦИПОВ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ГУЗ "КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА".....	39
---	----

К ЮБИЛЕЮ

Капустина Н.В., Зенкова Т.Л. СИЛА В ЛЮБВИ К ПРОФЕССИИ.....	44
---	----

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Саклаков А.В. СВЕТОФОРЫ, ДАЙТЕ ВИЗУ.....	49
---	----

ИНФОРМАЦИЯ

VII конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Здоровье женщины в XXI веке: предикторы успеха и качества жизни" и школа Российской ассоциации генитальных инфекций и неоплазий, Чита, 21-23 мая 2019 г.....	53
---	----

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

Пинелис И.С., Гаджиева Э.И., Сандакова Д.Ц., Азарова Е.В., Алтынникова И.О., Пляскина Е.А.
ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Введение. Актуальность проблемы ранней диагностики злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и челюстно-лицевой области обусловлена их обширной географической распространенностью и продолжающимся ростом их заболеваемости [11]. Наиболее часто злокачественными опухолями поражается язык (50-60%) и слизистая оболочка дна полости рта (20-35%) и щеки (8-10%) [9, 10].

Одновременно с развитием передовых технологий и новых методов лечения онкологических заболеваний в челюстно-лицевой области, имеются данные литературы об их стремительном росте. За 2013 год в России 78% всех случаев заболевания раком полости рта и губ диагностировались на III-IV клинических стадиях, а смертность при них возросла почти в 1,5 раза [5]. Более того, высокая летальность на первом году с момента постановки диагноза достигла более 40%, а выживаемость таких пациентов не превышает 5 лет [7].

Основными этиологическими факторами злокачественных опухолей тканей и органов полости рта и челюстно-лицевой области являются негативное влияние факторы внешней среды, неблагоприятная экологическая ситуация, стресс, вредные привычки (курение, жевание табака, бетеля, применение насвая, злоупотребление наркотиками и алкоголем), неправильная диета, малоподвижный образ жизни, ожирение, наследственные факторы и др. [1, 2]. Этому же способствуют нарушения основных систем гомеостаза (сдвиги в генетической, нервной, иммунной, гуморальной регуляции и др. [3, 8].

Известно, что злокачественным новообразованиям полости рта предшествуют предраковые состояния с малой или большей частотой малигнизации. Многие заболевания слизистой оболочки полости рта имеют длительное хроническое течение, в процессе которого они могут переродиться в рак. Также усугубляют характер заболевания и способствуют оз-

локачеству местные травмирующие факторы (гальванические токи, хроническая механическая травма острыми краями зубов, некачественные протезы, острая и горячая пища, аномалии прикуса, зубные отложения и др.), которые отмечаются у почти 100% больных [6, 12].

В этой связи необходимо мотивировать пациентов к систематическим стоматологическим профилактическим осмотрам с одной стороны, а с другой - усиливать онкологическую настороженность у врачей стоматологов [П.А. Леус, 2008].

Показанием к обязательному посещению стоматолога служат боли, дискомфорт, отек мягких тканей полости рта, появление патологических элементов поражения слизистой оболочки. На приеме врач-стоматолог должен информировать больного о пользе гигиены полости рта, обучить методам ее осуществления, провести профессиональную гигиену, устранить острые края кариозных зубов и других травмирующих факторов. Стоматолог ставит на диспансерный учет больных с факультативными предраками кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки ротовой полости (кожный рог, лейкоплакия, папилломатоз, эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, постлучевой стоматит, актинический и метеорологический хейлит, хроническая трещина губ и др.). Пациентов с облигатными предраками (болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма Капоши, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз красной каймы губ, хейлит Манганотти) обязан направить к онкологу.

Цель исследования: выявить и проанализировать ошибки, допускаемые врачами-стоматологами г. Читы и Забайкальского края, при диагностике онкологических заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами за 3 года в рамках мероприятий, посвященных Всемирному дню борьбы с раком, обследовано 180 больных с подозрением на онкологические заболевания тканей и органов полости рта в возрасте от 29 до 78 лет. Кроме того, проведено анонимное анкетирование 103 врачей-стоматологов различного профиля г. Читы и Забайкальского края.

Все профилактические осмотры, направленные на выявление онкостоматологических заболеваний в ранних стадиях выполнены в 7 подразделениях 2-х медицинских лечебных стоматологических учреждений г. Читы под контролем главного внештатного стоматолога

Забайкальского края, к.м.н. И.Н. Поповой. Кроме врачей стоматологов в профилактических осмотрах участвовали студенты старших курсов - волонтеры отряда "Буян" стоматологического факультета ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ. Перед проведением профилактических осмотров студентов на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ПСЗ обучали методам обследования стоматологических больных по методике ВОЗ и получали необходимые указания по выявлению онкологической патологии [4].

Кроме того, в исследовании подвергнуты анализу данные направлений пациентов на консультацию, амбулаторные карты стоматологического больного ф №43/у, анамнеза заболевания и жизни, обследования полости рта, а также результаты анкетирования врачей стоматологов.

Статистический анализ полученных данных проведен с помощью Google Forms и статистической проверки достоверности t-критерий Стьюдента.

Полученные результаты. Данные стоматологического статуса большинства осмотренных пациентов свидетельствовали о плохой гигиене полости рта: индекс ОНI-S был более 2,6, а индекс GI равнялся 2,4. Кроме того у многих обследуемых отсутствовала значительная часть зубов.

В результате профилактических осмотров у 37 (20,55%) из 180 человек выявлены заболевания, требующие дополнительного обследования на предмет исключения или подтверждения онкологического процесса. Среди обнаруженных заболеваний были гиперкератотическая и эрозивно-язвенная формы красного плоского лишая, веррукозная лейкоплакия, хейлиты, кандидоз, хроническая механическая травма слизистой оболочки полости рта. Все больные направлены на тщательное обследование и на проведение соответствующей терапии, а также поставлены на "Д" учет. У 19 пациентов было предположено перерождение лейкоплакии, красного плоского лишая, хронических трещин губ, метеорологического хейлита в рак, что в дальнейшем было подтверждено данными биопсии. Кроме того, у 12 больных онкологические проявления на слизистой оболочке полости рта были вторичными, так как ранее они лечились по поводу злокачественных опухолей других локализаций.

Анкетирование врачей-стоматологов позволило установить следующие факты. Соотношение врачей, работающих в государственных

и частных ЛПУ, было почти равным (49% и 51%). В г. Чите трудились 72,4% стоматологов. По стажу работы они распределились следующим образом: с опытом работы до 5 лет было 23,7%, от 6 до 10 лет - 32,9%, от 11 до 15 лет - 19,7% и более 15 лет - 23,7% врачей. Из них 35 было терапевтами, 25 - ортопедами, 26 - хирургами и 17 - детскими стоматологами. Более половины опрошенных врачей (57,9%) указали, что при обследовании обращают внимание только на ту область, на которую жалуется пациент. Не пальпируют регионарные лимфоузлы 43% интервьюеров. Кроме того, 30,2% врачей при обследовании пациента вообще не обращают внимания на патологические изменения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Почти половина анкетированных (48,7%) отметили, что при сборе анамнеза заболевания и жизни редко интересуются у больных наличием факторов риска развития онкозаболеваний, а 35,5% вообще не уточняют особенности анамнеза. При подозрении на опухоль только 15,8% стоматологов направляли больных к онкологу, а остальные проводили обследование на месте или консультировались с коллегами. Между тем 48,7% врачей отметили, что у них были пациенты с первично-выявленными онкологическими заболеваниями ЧЛЮ.

Заключение. Таким образом, основной ошибкой, допускаемой врачами-стоматологами, становится несоблюдение алгоритма обследования пациентов. Частыми причинами ошибок является незнание принципов онконастороженности, ограниченность знаний врачей-стоматологов в разделе "Онкостоматология", дефицит времени, выделенного на обследование больного на стоматологическом приеме.

С другой стороны регулярное проведение профилактических осмотров врачами стоматологами позволит своевременно и на ранних стадиях обнаруживать онкологические процессы в полости рта и челюстно-лицевой области. Следовательно, при приеме подобной категории пациентов врач-стоматолог должен проявить максимум внимания, соблюдать принципы онконастороженности, тщательно обследовать больного по принципу "лечить не зуб, а пациента". Все это будет способствовать снижению заболеваемости злокачественными опухолями в области головы и шеи. Кроме того, положительным является тот факт, что студенты-стоматологи во время обучения в ВУЗе приобретают опыт диагностики опухолевых заболеваний полости рта и, одновременно ос-

ваивая азы профессии, вносят свою лепту в дело профилактики онкологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Заболевания полости рта / С. Сильвермен, Л.Р. Эверсоул, Л. Эдмонд, Трулав; пер. с англ. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 472 с
2. Злокачественные опухоли органов слизистой оболочки полости рта и языка. Учеб. - метод. пособие./ О. П. Чудаков, Л. Е. Мойсейчик, Т. Б. Людчик, Л. Г. Быкадорова. - Мн.: БГМУ, 2007. - 39 с.
3. Кузник Б.И. Применение пептидных биорегуляторов в хирургии и онкологии./ Б.И. Кузник, В.Х. Хавинсон, Ю.А. Витковский, И.С. Пинелис// М.: Наука, 2008 258 с.
4. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология. - М.: Медицинская книга, 2008. - 444 с.
5. Мещерякова Ю.Г. Своевременное выявление онкологических заболеваний в полости рта / Ю. Г. Мещерякова, С.В. Микляев, О.М. Леонова // Молодой ученый. - 2018. - № 7. - С. 105-113
6. Онкология : национальное руководство краткое издание / ред. В. И. Чиссов ; М.И. Давыдов. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2017. - 624 с.
7. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи : рук / А. И. Пачес. - М.: Практическая медицина, 2013. - 478 с. : ил.
8. Пинелис И.С. Особенности биорегулирующей терапии стоматологических заболеваний/ И.С. Пинелис, Б.И. Кузник, Ю.И. Пинелис // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник, № 1/2019 - С. 173- 186
9. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: руководство / под ред. проф. А.А. Кулакова; проф. Т. Г. Робустовой, проф. А. И. Неробеева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 928 с.
10. Челюстно-лицевая хирургия: учебник для студентов, ординаторов, врачей / Мин-во образования и науки РФ; под ред. А.Ю. Дробышева; О.О. Янушевича. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2018. - 880 с.
11. Черенков В.Г. Онкология : учебник / В.Г. Черенков ; Мин-во образования и науки РФ. - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2017. - 512 с. : ил., цв. ил., табл.
12. Zain, R.B. Oral recurrent aphthous stomatitis; Prevalence in Malaysia and an epidemiological update / R.B. Zain // J. Oral Science. - 2000. - Vol. 42. - P. 15-19.

Гердт Р.С., Княжева Н.Н., Брынза Н.С., Решетникова Ю.С., Дедюкина Е.С., Курмангулов А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ АУДИТА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Сохранение жизни и здоровья детей всегда были и остаются приоритетами для любого цивилизованного государства [4]. В структуре педиатрической службы большое значение имеет стационарная медицинская помощь. Существует много подходов к улучшению качества и безопасности стационарной помощи, а также различных стратегий стимулирования больниц к действиям в этом направлении. Одним из основных инструментов мониторинга и проверки результативности системы менеджмента качества, а также поддержания системы в рабочем состоянии является внутренний аудит [5]. Аудит представляет собой процесс сбора, документирования и оценки соответствия полученных данных установленным стандартам качества [1]. На сегодняшний день в России существуют стандарты медицинской помощи, обязательные для выполнения, однако они касаются только общих вопросов диагностики и лечения пациентов, но не являются совершенными [2]. Это обусловило поиск других нормативных документов, охватывающих различные сферы деятельности медицинских организаций при оказании помощи пациентам.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) создала один из наиболее полных и универсальных инструментариев для оценки качества оказания стационарной медицинской помощи детям, последняя редакция которого выпущена в 2015 году [6]. Целью его применения является поиск системных ошибок в работе стационара и практическое решение выявленных проблем.

Цель исследования. Оценить качество стационарного лечения детей с помощью обновленного систематизированного стандарта ВОЗ (издание второе, 2015).

Условия проведения и методики исследования. Аудит качества стационарной медицинской помощи детям осуществлялся в 4 многопрофильных стационарах Тюменской области в течение 5 дней экспертами, в составе представителей ФГАУ "Национальный ме-

дицинский исследовательский центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации, сотрудников Департамента здравоохранения Тюменской области, ведущих педиатров области.

В начале аудита были проведены совещания с администрацией стационара и сотрудниками детских отделений, где экспертами были даны разъяснения о целях аудита, проведено ознакомление с инструментами ВОЗ, методикой проведения экспертизы. Особое внимание уделено соблюдению принципа доброжелательности, которое подразумевает активное участие персонала медицинской организации (МО) в процессе проведения экспертизы, отсутствие поиска виновных и их наказания.

Информация собиралась из четырех различных источников: статистических данных МО, медицинской документации, прямого наблюдения за оказанием медицинской помощи, интервью с персоналом и матерями или лицами, осуществляющими уход за детьми.

В соответствии с инструментарием ВОЗ оценивались: структура и кадровое обеспечение МО, качество информационной системы и собираемых статистических данных, ведение первичной медицинской документации, оснащенность лекарственными препаратами, оборудованием и расходными материалами, лабораторная поддержка, инфраструктура педиатрического отделения. Проводился анализ ведения детей с респираторной патологией, диареей и лихорадкой, а также мониторинг и наблюдение за пациентами в динамике, осуществление поддерживающего ухода. По вопросам организации медицинской помощи рассматривались профилактика внутрибольничной инфекции, осуществление руководства, обучение персонала и преемственность в лечении детей. Проведение опроса детей и их родителей, интервьюирование персонала дало возможность оценить соблюдение прав детей.

По каждому из перечисленных индикаторов качества в результате проведения аудита командой экспертов выставлялась условная "оценка" в баллах по шкале от 0 до 3-х, где [6]:

3 - помощь оказывается в соответствии с международными стандартами (нет необходимости в улучшении или требуется минимальное улучшение);

2 - оказание помощи не соответствует международным стандартам, но не несет опасности для здоровья, права человека не нару-

шаются (необходимо некоторое улучшение, чтобы достичь качества, соответствующего стандартам);

1 - оказание помощи не соответствует международным стандартам, влечет за собой нарушение здоровья или нарушает права детей (например, невыполнение показанных манипуляций, повлекшее риск для здоровья, или нарушение прав ребенка) (необходимо существенное улучшение, чтобы достичь качества, соответствующего стандартам);

0 - очень низкое качество оказания помощи, которое систематически приводит к развитию тяжелых последствий для здоровья детей.

Балльная оценка каждого индикатора являлась результатом общего обсуждения команды экспертов. Показатели рассчитывались как среднее арифметическое по каждому из ключевых пунктов сводных таблиц, предусмотренных в инструментарии.

Кроме того, проводился анализ соответствия проводимой терапии стандартам оказания медицинской помощи (согласно данным 167 историй болезни стационарного больного), соблюдения прав детей (путем опроса детей и их родителей, интервьюирования персонала).

Оценка клинической практики при аудите МО осуществлялась на основе анализа медицинских карт стационарного больного (форма N 003/у) [3]. В каждом стационаре было проанализировано порядка 40 историй болезней, собранных методом сплошной выборки.

Для оценки были использованы 9 индикаторов, включенных в инструмент ВОЗ 2015 года (1-9), а также 2 дополнительных критерия (10-11), представляющих актуальность для Российской Федерации:

1. Необоснованность госпитализации.
2. Неправильный диагноз.
3. Неправильное лечение.
4. Несоответствие проведенного лечения диагнозу.
5. Полипрагмазия (ятрогенный риск).
6. Причинение необоснованной боли детям.
7. Неадекватный мониторинг.
8. Не проведена оценка физического развития.
9. Неадекватные внутривенные инфузии.
10. Нерациональная антибиотикотерапия.
11. Неадекватное использование системных глюкокортикостероидных препаратов (ГКС).

После окончания аудита в каждом детском отделении обсуждались итоги с определением сильных и слабых сторон работы по каждому

критерию. С учетом мнения персонала составлялся конкретный план мероприятий по улучшению качества оказания медицинской помощи с указанием сроков выполнения и ответственных лиц.

Результаты исследования. Сравнительная оценка медицинских организаций Тюменской области по индикаторам качества медицинской помощи представлена в рисунке 1.

Во всех стационарах высокую оценку получили показатели соответствия структуры подразделений потребностям больницы, укомплектованности персоналом и наличия основных служб (средний балл 3,0), анализа статис-

тических данных и качества ведения медицинской документации (средний балл 2,67), лекарственного обеспечения (средний балл 2,57), наличия и адекватного использования лабораторной службы (средний балл 2,77).

В большинстве медицинских организаций высокой оценки заслуживают инфраструктура и организация помещений, предназначенных для ухода за детьми (средний балл 2,6), доступность медицинской помощи и преемственность при взаимодействии с амбулаторными службами и другими медицинскими организациями (средний балл 2,5), стратегия предотвращения, контроля и управления внутрибольничными инфекциями

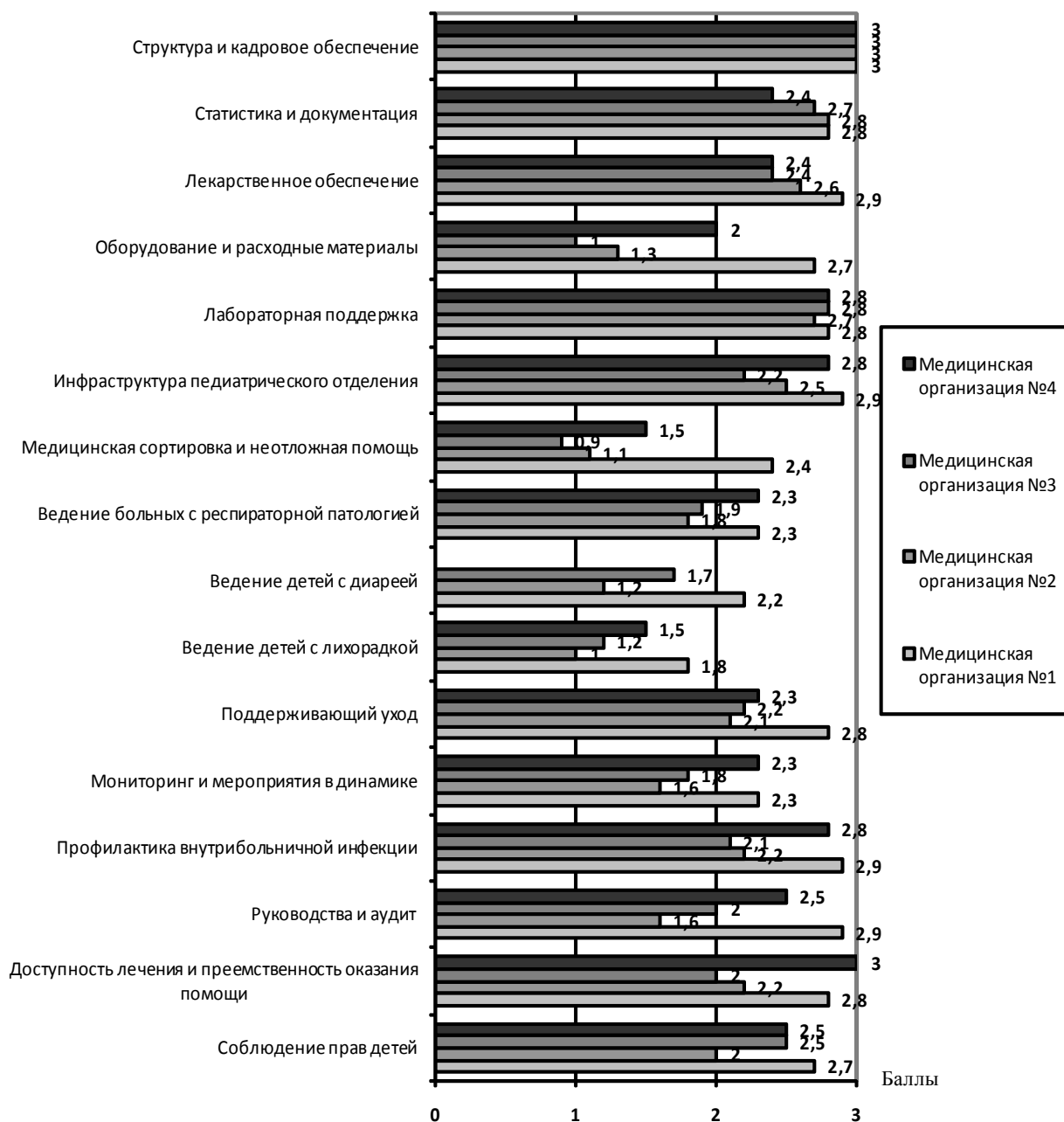


Рис. 1. Результаты аудита медицинских организаций Тюменской области по индикаторам качества медицинской помощи инструментария ВОЗ (версия 2015) в баллах (шкала 0-3 балла).

(средний балл 2,5), а также соблюдение прав детей на доступную, уважительную и полноценную помощь в стационаре (средний балл 2,42).

Использование принципов доказательной медицины в клинической практике (руководств), современное обучение персонала, проведение контроля использования протоколов, разборов клинических случаев и применения отзывов для улучшения качества оказания медицинской помощи на достаточном уровне представлены в двух медицинских организациях (средний балл 2,8 и 2,9).

Вместе с тем аудит показал наличие сходных проблем в ведении пациентов с частыми заболеваниями. Это отсутствие необходимого оборудования, расходных материалов (средний балл 1,75). В приемных отделениях персонал обладает низкими знаниями сортировки поступающих детей и оказания медицинской помощи (средний балл 1,47).

Большое внимание было уделено пациентам, госпитализированным в стационары в связи с острой патологией. Анализ историй болезни выявил несоответствие оказания медицинской помощи международным и национальным стандартам при респираторной инфекции (средний балл 2,07), лихорадке (средний балл 1,37), диарее (средний балл 1,8) и отсутствие адекватного наблюдения за пациентами в динамике (средний балл 2,0).

В таблице № 1 представлены результаты клинической практики, проведенные на основании анализа историй болезни.

Проведенный анализ историй болезни выявил достаточно широкий круг проблем в вопросах обоснованности госпитализации детей в отделение, постановки правильного диагноза и соответствующего лечения, в том числе полипрагмазии, неадекватной инфузионной терапии, нерациональной антибиотикотерапии и причинении ребенку необоснованной боли в результате внутримышечного введения препаратов, а также отсутствие адекватного мониторинга состояния пациентов в процессе лечения, являющегося основой безопасности пациента.

Величина коэффициента вариации (КВ) неадекватной инфузионной терапии и нерациональной антибиотикотерапии (4,46% и 8,44% соответственно) указывает на схожесть указанных показателей (<10%) во всех МО. Коэффициент вариации показателей неадекватного использования глюкокортикостероидов (17,42%), причинения необоснованной боли в результате внутримышечного введения антибиотиков (14,84%), а также неадекватного наблюдения пациентов (12,75%) показывает их неоднородность (КВ < 30%). Остальные индикаторы клинической практики имеют еще большую неоднородность совокупности (коэффициент вариации > 30% и представлен показателями от 35,62% до 54,38%). Это позволяет сделать вывод, что все МО имеют совершенно разный подход к использованию стандартов лечения и наблюдения детей в стационаре и не используют утвержденные национальные и международные стандарты.

Таблица 1

Клиническая практика в стационарах: данные анализа историй болезни методом случайной выборки

Индикаторы клинической практики	МО 1	МО 2	МО 3	МО 4	Средний балл по критерию	Коэффициент вариации
	%					
Необоснованность госпитализации	50	43	56	25	43,5±17,68	40,64
Неправильный диагноз	24	45	50	8	31,75±11,31	35,62
Неправильное лечение	52	50	61	23	46,5±20,51	44,11
Несоответствие лечению диагнозу	43	32	60	23	39,5 ±14,14	35,80
Полипрагмазия (ятрогенный риск)	93	87	89	46	78,75±33,23	42,20
Необоснованная боль	71	46	52	59	57±8,46	14,84
Неадекватный мониторинг	24	41	38	30	33,25 ±4,24	12,75
Не оценено физическое развитие	10	3	39	0	13±7,07	54,38
Неадекватная инфузионная терапия	36	54	67	33	47,5 ±2,12	4,46
Нерациональная антибиотикотерапия	52	67	56	59	58,5 ±4,94	8,44
Неадекватное использование глюкокортикостероидов	17	22	5	21	16,25±2,83	17,42
Продолжительность госпитализации	5,2	7,4	8	9	7,4±2,69	36,35
Всего историй болезни	42	40	43	42	167	

Средняя продолжительность госпитализации также имеет большой разброс показателей (коэффициент вариации - 36,35%) и составляет от 5,2 до 9 дней.

Выводы:

1. Внешний аудит с использованием инструментов ВОЗ выявил идентичные проблемы в каждой МО, определяющие низкие показатели качества и безопасности медицинской помощи детям. К ним относятся: обеспеченность оборудованием и расходными материалами, необоснованная госпитализация, низкий уровень медицинской сортировки, оказание помощи не в соответствии с международными и национальными стандартами, неадекватная и нерациональная терапия, высокий уровень полипрагмазии, причинение ребенку необоснованной боли, отсутствие мониторинга состояния пациентов.
2. Проведенный аудит позволил дать не только качественную оценку деятельности детских отделений стационаров, но и послужил основой для следующего шага в работе по улучшению качества оказания медицинской помощи в каждой отдельной медицинской организации - разработке проектов по оптимизации технологий работы на основе системы аудита и поддерживающего мониторинга оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лудупова Е.Ю., Денисова М.А. Внутренний аудит как один из инструментов управления медицинской организацией // Вестник Росздравнадзора. - 2014. - № 6. - С.9-11
2. Лядова М.В., Тучик Е.С.. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации в Российской Федерации// Здравоохранение Российской Федерации. - 2014. - Т.58. - № 1 - С. 34-37.
3. Серёгина И.Ф., Мартыненко В.Ф. Системные основы организации мониторинга доступности и качества медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. - 2010. - № S1 - С. 38-43. [Seregina IF, Martynenko VF. Sistemnyye osnovy organizatsii monitoringa dostupnosti i kachestva meditsinskoj pomoshchi. Vestnik roszdravnadzora. 2010;(S1):38-43. (In Russ).]
4. Jakab Z, Tsouros AD. Health 2020 - achieving health and development in today's Europe. Cent Eur J Public Health. 2014;22(2):133-138. doi: 10.21101/cejph.a4045.
5. Ovretveit J. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? [Internet] Health Evidence Network report. Copenhagen:2003 (cited 2017 Jul 10)/ Available from: <http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf>
6. Hospital care for children: quality assessment and improvement tool. A systematic standard based participatory approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/319965/Hospital-care-for-children-quality-assessment-and-improvement-tool-ru.pdf

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

Мироманов А.М.

ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Переломы проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) - одна из частых причин госпитализации пациентов в стационар травматолого-ортопедического профиля [6, 22]. Как правило, такая травма ведет к потере прежней степени мобильности, а для менее активных пациентов - к стойкой утрате возможности к самообслуживанию. В отношении пациентов с уже имеющейся сопутствующей патологией, ППОБК ведет к декомпенсации соматических заболеваний. В течение первых трех месяцев после перелома шейки бедренной кости (ШБК) смертность достигает 5,75% у женщин и 7,95% - у мужчин [16]. По данным отечественных авторов, смертность среди пациентов с ППОБК, получавших только консервативное лечение, составляла от 42% до 71,8% [1, 3, 6]. Количество осложнений и неудовлетворительных функциональных результатов после оперативного лечения также остается высоким и достигает 30% [6, 7, 10, 19]. Повторные операции после остеосинтеза при ППОБК приходится выполнять каждому десятому пациенту [9], что обусловлено не только нарушением методики имплантации металлоконструкций и техники операции, но и с неправильным послеоперационным ведением больного. К сожалению, в России система оказания помощи пациентам с ППОБК кардинально отличается от аналогичных в странах Европы и США [2, 6, 8, 21, 22], вследствие отсутствия единого протокола лечения этой группы больных. Так, в стационарах РФ средняя длительность пребывания пациентов с ППОБК составляет примерно 7 койко-дней, что свидетельствует об отсутствии требуемого оперативного лечения. По данным годового отчета НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы за 2016 г., доля прооперированных пациентов с ППОБК в клиниках г. Москвы составила 63.6%; в то же время в странах Европы хирургическая активность относительно данной группы пациентов приближается к 98% [6,

11]. Кроме того, подавляющее большинство пациентов после выписки из стационара в РФ не получают полноценного курса восстановительного лечения и реабилитации.

Определение. ППОБК - понятие, объединяющее принципы обследования и лечения пациентов с переломами головки, шейки, чрезвертельными, межвертельными и подвертельными переломами бедренной кости.

Код МКБ 10: S72.0 - перелом шейки бедра (перелом в области тазобедренного сустава БДУ); S72.1 - чрезвертельный перелом (перелом межвертельный, перелом вертела), S72.2 - подвертельный перелом.

Этиопатогенез. ППОБК подразделяют на низкоэнергетические и высокоэнергетические повреждения. Низкоэнергетические повреждения возникают при незначительной травме (падение с высоты собственного роста). Причиной таких переломов является снижение количества костной ткани и изменение её качества при, например, остеопорозе, метастатических поражениях костной ткани и подобных процессах, сопровождающихся изменением микроархитектоники трабекул, накоплением микропереломов трабекул, увеличением порозности кортикальной кости) и встречаются в основном у пациентов старше 60 лет [5, 6]. Высокоэнергетические ППОБК возникают вследствие передачи тканям большого количества кинетической энергии, что приводит к значительному повреждению мягких тканей и кости; такой тип переломов чаще встречается у пациентов молодого возраста.

Эпидемиология. Низкоэнергетические переломы происходят, как правило, вследствие падения с высоты роста на бок и встречаются преимущественно у людей в возрасте старше 60 лет [6, 23]. Ежегодно во всем мире регистрируется порядка 1700000 случаев ППОБК. К 2050 г. при сохранении основных демографических тенденций прогнозируется увеличение количества ППОБК до 6300000 случаев ежегодно [8]. В России, по данным эпидемиологических исследований населения старше 50 лет, частота ППОБК составляет 174,78 случаев на 100 тысяч населения у мужчин и 275,92 - у женщин, и этот показатель неуклонно увеличивается [4]. Риск возникновения перелома в вертельной области в течение жизни у мужчин составляет 6%, а у женщин достигает 18% [15]. С возрастом риск получить ППОБК увеличивается: в 50 лет он составляет 1,8%, в 60 лет -

4%, в 70 лет - 18%, а в 90 лет - 24% [6, 17].

Классификация. Классификация переломов головки бедренной кости. Наиболее часто используется классификация G. Pirkkin (1957) (рис. 1).

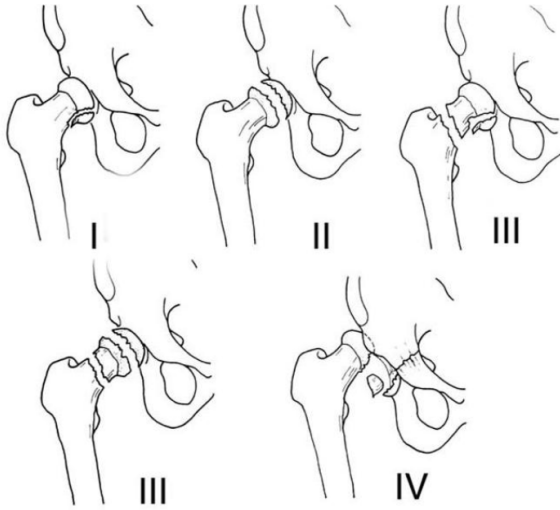


Рис. 1. Классификация переломов головки бедра по Pirkkin

Примечание: I тип - переломы головки, дистальнее ямки головки бедренной кости; II тип - переломы головки, проксимальнее ямки головки бедренной кости; III тип - переломы головки, сочетающиеся с переломом шейки бедренной кости; IV тип - переломы головки, сочетающиеся с переломом вертлужной впадины.

Классификация переломов шейки бедренной кости. Наиболее часто используется классификация R.S. Garden (1961) и F. Pauwels (1935) (рис. 2-3).

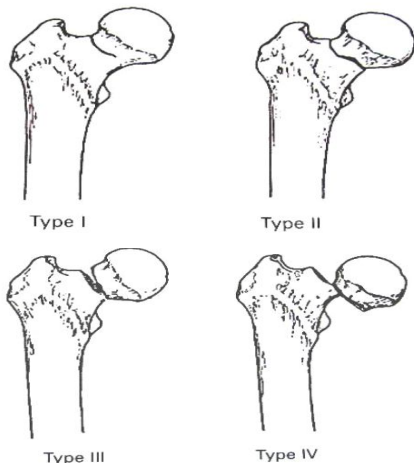


Рис. 2. Классификация переломов шейки бедра по Garden

Примечание: I тип - неполные, вколоченные, вальгусные переломы; II тип - вальгусные, завершённые, стабильные; III тип - варусные переломы с небольшим смещением; IV тип - варусные переломы со значительным смещением.

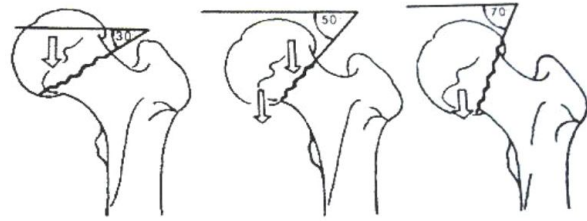


Рис. 3. Классификация переломов шейки бедра по Pauwels

Примечание: I тип - угол линии перелома с горизонталью до 30°; II тип - угол линии перелома с горизонталью до 50°; III тип - угол линии перелома с горизонталью до 70°.

Переломы типа I или II согласно классификации Garden или I типа по классификации Pauwels характеризуются высокой степенью стабильности и минимальными нарушениями кровоснабжения головки бедра, что является благоприятным с точки зрения прогноза в отношении консолидации перелома и обосновывает выбор в пользу металлостеосинтеза при определении тактики хирургического лечения. Переломы типа Garden III-IV, Pauwels II-III имеют нестабильный характер, кровоснабжение проксимального отломка, как правило, полностью нарушено, что свидетельствует о предпочтении метода эндопротезирования.

Классификация переломов вертельной области бедренной кости.

Наиболее часто используется классификация AO/OTA (рис. 4).

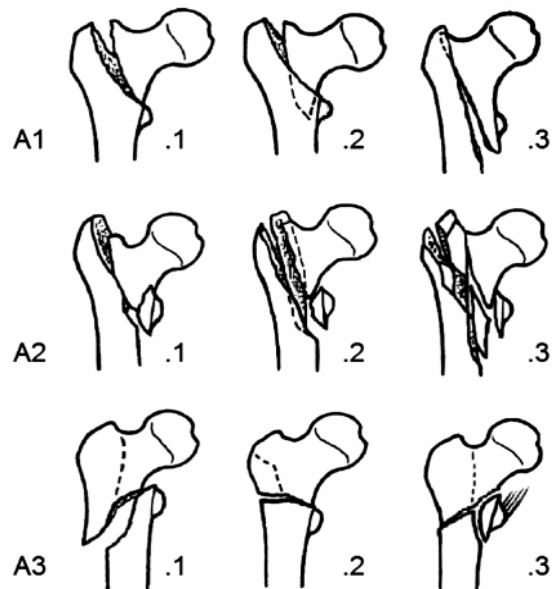


Рис. 4. Классификация вертельных переломов бедра по AO/OTA

Примечание: 31A1 - простые (не оскольчатые) чрезвертельные переломы; 31A2 - чрезвертельные многооскольчатые; 31A3 - межвертельный.

Чрезвертельные переломы имеют кодировку 31А и разделены на 3 типа - А1, А2, А3, которые, в свою очередь, в зависимости от тяжести перелома, подразделяют на 3 подгруппы. Переломы типа 31А1.1, 31А1.2 - простые (не оскольчатые) чрезвертельные переломы. Плоскость перелома в этом случае может начинаться в любом месте большого и заканчиваться либо выше, либо ниже малого вертела. При этих переломах всегда имеется только два костных фрагмента, а медиальная кортикальная поверхность имеет лишь одну линию излома. Малый вертел, или так называемая медиальная опора, всегда интактен. Важнейшей особенностью данного типа переломов является то, что все они изначально стабильны, либо становятся таковыми после репозиции и фиксации костных отломков.

Перелом 31А1.3 - Простой (не оскольчатый) чрезвертельный перелом с интактной латеральной стенкой ($d > 20,5$ мм). Высота (толщина) латеральной стенки (d) определяется в мм длиной линии, идущей вверх под углом 135° к линии перелома от точки, расположенной на 3 см дистальнее безымянного бугорка большого вертела (рис. 5).

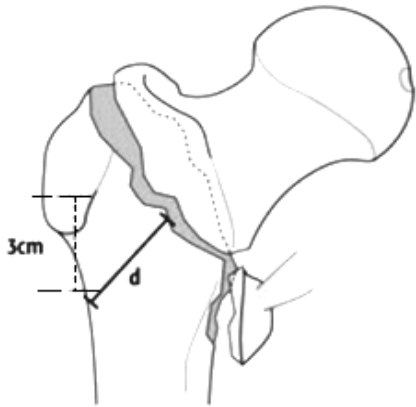


Рис. 5. Определение высоты (толщины) латеральной стенки бедренной кости

31А1.3 и 31А2.2-3 - нестабильные чрезвертельные переломы, плоскость перелома начинается латерально со стороны большого вертела и заканчивается на медиальной кортикальной поверхности бедренной кости, формируя две или более линии излома, а также перелом в области малого вертела. Потеря задне-медиальной опоры в сочетании с многооскольчатостью в зоне латеральной стенки делают лечение этих переломов сложной задачей. Перелом 31А3 - межвертельный перелом как про-

стой, так и оскольчатый. Плоскость перелома проходит между двумя вертелами и над малым вертелом. При таких переломах повреждаются и латеральная, и медиальная кортикальная поверхность. Переломы подгруппы А3.1 называют реверсивными в связи с расположением плоскости перелома и типичным смещением костных отломков, связанным с особенностью прикрепления отводящих мышц бедра. Очень часто при этом типе перелома наблюдается раскол диафиза верхней трети бедренной кости, который не визуализируется на обычных рентгенограммах. Переломы подгруппы А3.2 и А3.3 имеют, в основном, поперечный характер и два и/или более фрагментов. Все переломы типа А3 нестабильны. К подвертельным относятся переломы, локализующиеся в области между малым вертелом и линией, расположенной на 5 см ниже малого вертела, кодируются как 32А/В/С (1-3).1.

Диагностика. Оценка состояния пациента в приемном отделении (ПО) должна быть построена на анализе результатов оценки соматического здоровья, определения уровня когнитивных функций (память, гнозис, речь, праксис и интеллект), данных лабораторного и инструментального обследования. Необходимый объем клинического и лабораторного обследования в ПО: - измерение температуры тела, АД, ЧСС; - клинический, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма; - ЭКГ; - оценка соматического статуса; - оценка интенсивности болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы боли; - рентгенологическое исследование грудной клетки, таза обзорное, бедренной кости на стороне травмы (частота рентгенонегативных переломов ШБК составляет 3-4%, при несоответствии клинических и рентгенологических данных должна быть проведена КТ); - ультразвуковое исследование сосудов нижней конечности (при круглосуточной доступности метода). При отсутствии круглосуточной доступности метода, УЗДГ исследование может быть выполнено в течение 48 часов после поступления в стационар (кроме случаев обязательного выполнения УЗДГ: давность травмы свыше 24 часов, высокий риск ТЭЛА по шкале Каприни (Caprini) [6].

NB! ЭхоКГ рутинно не назначают. ЭхоКГ может быть рекомендована лишь при наличии острой сердечно-сосудистой патологии (немотивированная одышка в покое; гипотензия, не купирующаяся инфу-

зионной терапией, требующая назначения вазопрессоров; нарушения кровоснабжения миокарда по данным ЭКГ; подозрение на ТЭЛА). ЭхоКГ выполняют только по назначению терапевта и/или кардиолога.

Дежурный травматолог проводит оценку следующих параметров, с обязательным указанием результатов в истории болезни: - соматический статус; - интенсивность болевого синдрома; - риска тромбоза вен и риск ТЭЛА.

Полноценная оценка состояния пациента с ППОБК должна быть проведена как можно быстрее, предпочтительно в течение одного часа с момента поступления в приемное отделение стационара, но не более 2 часов. NB! После подтверждения ППОБК методами лучевой диагностики, пациент должен быть госпитализирован в стационар. В случае отказа пациента от стационарного лечения, причина его отказа должна быть зафиксирована в истории болезни ПО с личной подписью больного или его опекунов (в случае юридически установленной недееспособности пациента).

Неотложные консультации специалистов в предоперационном периоде: - терапевта; - анестезиолога-реаниматолога; - невролога - при наличии неврологических нарушений (нарушение сознания, нарушение речи, парез или плегия конечностей); - сосудистого хирурга - при выявлении тромбоза сосудов нижней конечности или признаках артериальной недостаточности.

После обследования в ПО, выполнения обязательных консультаций специалистов и осмотра анестезиолога-реаниматолога, пациента подают в операционную для выполнения оперативного вмешательства. При наличии потребности в дополнительной предоперационной подготовке пациенты не позднее чем через 2 часа с момента поступления в ПО должны быть переведены в травматологическое отделение или, при необходимости проведения интенсивной предоперационной подготовки, - в отделение реанимации и интенсивной терапии [6].

Лечение. Пациентам с подозрением на наличие ППОБК должен быть оказан следующий минимальный объем помощи в приемном отделении: - обеспечение пациенту температурного комфорта; - полноценное обезболивание для обеспечения психоэмоционального комфорта и возможности смены позиции и транспортировки пациента; - коррекция волевых и электролитных нарушений (при невозможности проведения этой коррекции в ПО, она про-

водится в отделении травматологии или в отделении реанимации и интенсивной терапии). Своевременное и последовательное оказание медицинской помощи пациентам с ППОБК в ПО является важным фактором снижения риска дестабилизации состояния пациента и возникновения субкомпенсации сопутствующих заболеваний - уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А) [6].

Скелетное вытяжение. Пациентам старше 50 лет скелетное вытяжение не накладывают (исключением являются подвертельные переломы (32A/B/C.1 АО/ОТА)). Важно отметить, что скелетное вытяжение провоцирует развитие делириозного синдрома у пожилых пациентов.

Анальгезия. Боль является одним из ведущих элементов, составляющих симптомокомплекс, развивающийся вследствие ППОБК. Кроме того, боль играет одну из ведущих ролей в патогенезе развития делириозного синдрома. Скорейшая стабильная фиксация костных фрагментов или эндопротезирование позволяют значительно уменьшить травмагенный болевой синдром. При этом в течение периоперационного периода обязательно проведение медикаментозной анальгезии с учетом выраженности болевого синдрома. Неотложная и полноценная анальгезия должна быть одним из приоритетов в лечении пациентов с ППОБК. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А). Для измерения интенсивности боли предназначена визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Оценка интенсивности боли у пациентов с когнитивными нарушениями, при остром делириозном синдроме или при неврологической патологии наиболее трудна, но это не означает, что эти больные не нуждаются в анальгезии. Таким пациентам требуется превентивное обезболивание путем парентерального введения парацетамола или НПВС (при отсутствии противопоказаний). Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А). Показатель интенсивности боли по ВАШ должен быть указан в истории болезни. Оценка интенсивности болевого синдрома должна производиться как минимум двукратно: - немедленно при поступлении; - через 30 минут после проведения первичных анальгезических мероприятий. Адекватное обезболивание должно быть осуществлено до выполнения любых болезненных манипуляций, таких как перекладывание пациента с каталки на каталку или с каталки на стол рентгеновско-

го аппарата. Перед проведением диагностических мероприятий следует убедиться в достаточности анальгетического эффекта (например, безболезненности пассивной наружной ротации травмированной нижней конечности). При решении вопроса о потребности в обезболивании необходимо ориентироваться на критерии максимально допустимой интенсивности боли (пороги вмешательства). В частности, по ВАШ максимально допустимая интенсивность боли - 3 балла в покое и 4 балла при движении. Принцип ступенчатой анальгетической терапии (подход при лечении боли, рекомендуемый ВОЗ) заключается в назначении при слабой боли - неопиоидных анальгетиков: парацетамола, НПВС; при умеренной боли - опиоида средней анальгетической активности типа трамадола и кодеина; при сильной боли - мощного опиоидного анальгетика морфинового ряда. На сегодняшний день наиболее широко распространенным методом анальгезии при ППОБК является парентеральное введение парацетамола и/или НПВС [20].

Кроме НПВС могут применяться опиоидные синтетические анальгетики, обладающие центральным действием, со средней (по сравнению с морфином) анальгетической активностью, например, трамадол, но их применение ограничено у пациентов пожилого возраста с когнитивными нарушениями ввиду угнетающего действия на нервную систему. Следует учитывать, что применение опиатов с целью анальгезии может иметь непредсказуемые последствия у пациентов с ППОБК вследствие отягощения преморбидной сосудистой патологии и когнитивного дефицита. Применение опиатов может повлечь за собой нарушение дыхания, парез кишечника, запоры и, в более редких случаях, выраженную тошноту и рвоту в сочетании с неврологической патологией, что в некоторых случаях может привести к возникновению аспирационной пневмонии [20]. Назначение опиоидных анальгетиков возможно лишь при неэффективности парацетамола и НПВС.

На основании всего вышеизложенного возможно рекомендовать следующую схему предоперационной анальгезии у пациентов с ППОБК в условиях стационаров РФ: - 1-3 балла по шкале ВАШ - анальгезия не требуется; - 4 балла по шкале ВАШ - парацетамол по 1 г внутривенно инфузионно в течение 15 мин 2-3 раза в сутки и НПВС (кеторолак по 30 мг внутримышечно 2 раза в сутки); - 5-6 баллов по шкале ВАШ - НПВС (кеторолак по 30 мг внут-

римышечно 2-3 раза в сутки) + парацетамол по 1 г внутривенно инфузионно в течение 15 мин. 3-4 раза в сутки и/или опиоидный анальгетик (трамадол по 100 мг внутримышечно или внутривенно 2-3 раза в сутки; промедол по 20 мг 2 раза в сутки внутримышечно); - 7 и более баллов по шкале ВАШ - опиоидные анальгетики группы морфина (морфин под кожу 10 мг, максимальная суточная доза 20 мг). Обезболивание в стационаре проводится с учетом анальгезии, выполненной службой скорой медицинской помощи. Пациентам с выраженными когнитивными нарушениями, при отсутствии противопоказаний, необходимо ввести парацетамол или НПВС в стандартной дозировке уже при поступлении в ПО [6].

Предоперационный период. Длительность предоперационного периода должна быть минимизирована (наиболее оптимальна - 6-8 часов с момента поступления в стационар, у пациентов давностью травмы менее 24 часов) и не должна превышать 48 часов. Необходимо учитывать, что выполнение эндопротезирования в ночное время приводит к увеличению числа осложнений, поэтому операции эндопротезирования должны выполняться только в дневное время, подготовленными бригадами. Уровень убедительности рекомендации I (уровень доказательности - А). Приоритезация пациентов с ППОБК и проведение им оперативного вмешательства в максимально короткие сроки с момента поступления в стационар после полноценной их подготовки, позволяет минимизировать частоту тромбэмболических, гипостатических, дыхательных и кардиальных осложнений. Уровень убедительности рекомендации I (уровень доказательности - А). Любая задержка хирургического лечения ведет к усугублению соматического состояния пациента и повышению риска возникновения интра- и послеоперационных осложнений, к росту внутрибольничной смертности и смертности в течение первого года после травмы. Фактически все пациенты с ППОБК старше 60 лет имеют сопутствующие заболевания разной степени компенсации; так до 70% пожилых пациентов с ППОБК могут иметь анестезиолого-операционный риск по ASA 3-4; поэтому при необходимости проведения интенсивной предоперационной подготовки пациенты должны быть госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии [6].

Необходимо помнить, что операция, проведенная в максимально короткие сроки от

момента поступления, позволяет снизить количество критических осложнений и значимо увеличить выживаемость в этой группе пациентов. Так, по данным Jean-Pierre P., операция, выполненная в первые часы после получения травмы, позволяет снизить летальность на 70-80% [18].

Консервативное лечение проводят при отказе пациента (при юридически установленной недееспособности пациента его опекунов) от оперативного вмешательства. При функциональном классе анестезиологического риска IV-V по ASA, учитывая тяжесть сопутствующей патологии, высокую вероятность декомпенсации сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента при отмене или переносе сроков операции, принимается решение об оперативном вмешательстве по жизненным показаниям. Решение об оперативном вмешательстве по жизненным показаниям принимается консилиумом в составе трех специалистов: травматолог-ортопед, анестезиолог-реаниматолог, терапевт.

Противопоказания к операции или необходимость переноса сроков оперативного вмешательства должны определяться консилиумом в составе трех специалистов: травматолог, анестезиолог-реаниматолог, терапевт; с четким и подробным отражением в истории болезни причин проведения консилиума. Инфаркт или инсульт в анамнезе, в том числе перенесенные в ближайшие недели перед травмой, не являются противопоказанием к проведению оперативного лечения [6].

Анестезия. Спинальная анестезия является более предпочтительным методом, так как позволяет снизить интраоперационную кровопотерю, избежать введения опиоидов, облегчить процесс ранней активизации пациента. Анализ применения интратекальных методик показал снижение частоты развития не только тромбозомболических, но и респираторных осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А).

Хирургическое лечение. Хирургическое лечение пациентов старше 60 лет проводится с целью восстановления опороспособности конечности уже в раннем послеоперационном периоде и возможности максимально ранней активизации и реабилитации; для этого применяют либо имплантаты, обеспечивающие динамическую фиксацию костных отломков, либо эндопротезы ТБС. Целью хирургического лечения пациентов моложе 60 лет является воз-

можность ранней активизации и реабилитации с полным восстановлением антропометрических характеристик конечности; для этого используют статическую фиксацию и отсроченную нагрузку весом тела при переломах вертельной области, динамическую фиксацию - при переломах ШБК. При динамической фиксации сохраняется подвижность элементов конструкции, введенных в фрагмент шейки и головки БК, относительно штифта или экстрамедуллярного фиксатора, что позволяет обеспечить полную нагрузку весом тела сразу после операции (при чрезвертельных переломах и при переломах ШБК у пациентов старше 60 лет и при переломах ШБК у пациентов моложе 60 лет должен быть использован именно этот вариант). При статической фиксации шейный элемент (элементы) блокируется и становится неподвижным относительно интрамедуллярного штифта или динамического бедренного винта, при этом нагрузка весом тела должна быть отсрочена не менее чем на 8-10 недель (у пациентов моложе 60 лет при нестабильных чрезвертельных переломах должен быть использован этот вариант) [6].

Переломы головки бедренной кости. На основании мета-анализа результатов исследований посвященных переломам головки БК, у пациентов моложе 60 лет целесообразно применять следующие методы лечения: - при переломах головки дистальнее ямки головки бедренной кости (Pipkin I) - удаление фрагмента головки; - при переломах проксимальнее ямки головки бедренной кости (Pipkin II) - остеосинтез фрагментов головки при помощи канюлированных компрессирующих винтов с возможностью субхондрального их погружения; - при переломах головки, сочетающихся с переломами шейки бедренной кости (Pipkin III) - первичное ТЭТС. При переломах головки бедренной кости, сочетающихся с переломами вертлужной впадины (Pipkin IV), выбор метода лечения определяется типом перелома головки БК. При переломах головки дистальнее ямки головки бедренной кости производят удаление фрагмента головки и остеосинтез фрагментов вертлужной впадины. При переломах проксимальнее ямки головки БК выполняют остеосинтез фрагментов головки и вертлужной впадины [6].

У пациентов старше 60 лет при переломах типа Pipkin I показано удаление фрагмента головки бедренной кости, при переломах типа Pipkin II-III - ТЭТС. При переломах типа Pipkin

IV необходимо выполнить остеосинтез перелома вертлужной впадины и ТЭТС с использованием бесцементной или гибридной фиксации. Выбор типа фиксации компонентов эндопротеза определяется видом перелома, качеством фиксации костных отломков, степенью выраженности остеопороза [14].

Медиальные переломы: - Garden I-II (Pauwels I). К переломам ШБК типа Garden I-II (Pauwels I) относят вколоченные переломы с вальгусным смещением и переломы без смещения отломков. Эти типы переломов ШБК характеризуются благоприятным прогнозом консолидации отломков ввиду их стабильности и минимальных нарушений кровоснабжения головки БК. Тем не менее высокий (31%) риск вторичных смещений обуславливает применение активной хирургической тактики с остеосинтезом костных фрагментов [12]. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А).

Ряд исследований показали преимущество использования телескопических винтов с угловой стабильностью при остеосинтезе переломов ШБК типа Garden I-II перед всеми остальными фиксаторами за счет деротационной и угловой стабильности конструкции. При остеосинтезе переломов ШБК типов Garden I и II возможно использовать и спонгиозные канюлированные винты с шайбами и моноосиальный экстрамедуллярный фиксатор DHS, однако эффективность этих фиксаторов уступает телескопическим винтам с угловой стабильностью. Мета-анализ результатов 25 рандомизированных контролируемых исследований, включавший оценку исходов лечения 4925 пациентов, не выявил преимуществ спонгиозных канюлированных винтов по отношению к динамическому бедренному винту [24]. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А).

NB! Не следует использовать трехлопастные гвозди или Г-образные пластины для фиксации костных отломков при медиальных переломах ШБК без смещения.

- Garden III-IV (Pauwels II-III). К медиальным переломам Garden III-IV (Pauwels II-III) относят переломы ШБК с неполным варусным и/или полным смещением с разобщением отломков. Такие переломы имеют неблагоприятный прогноз сращения вследствие нарушения кровоснабжения головки БК, однако у пациентов моложе 60 лет возможно выполнение остеосинтеза по экстренным показани-

ям. Остеосинтез у пациентов моложе 60 лет является операцией выбора, которую можно выполнять с использованием трех параллельных винтов, системы динамического бедренного винта или телескопических винтов с угловой стабильностью [6].

У пациентов старше 60 лет существует два метода лечения переломов ШБК - с использованием остеосинтеза, и с использованием эндопротезирования. Оценка результатов исследований остеосинтеза телескопическими винтами с угловой стабильностью при переломах Garden III у пациентов старше 60 лет продемонстрировала частоту осложнений 13%, при этом у 60% пациентов, у которых наблюдалось несращение перелома ШБК, головка БК сохраняла свою жизнеспособность и в сочетании с металлоконструкцией выполняла функцию "биопротеза", что позволило исключить появление болей, функциональных нарушений, в связи с чем больные отказывались от проведения ревизионных операций. Эти данные позволяют рассматривать фиксацию телескопическими винтами с угловой стабильностью при переломах Garden III как возможную альтернативу эндопротезированию [6, 25].

Рандомизированные проспективные исследования сравнения результатов эндопротезирования (биполярного и/или тотального) и остеосинтеза (тремя параллельными винтами или системой DHS) при лечении переломов типа Garden III и IV у пожилых пациентов показали, что доля осложнений после выполнения остеосинтеза ШБК составила от 34.4% до 50%, что потребовало выполнения повторных операций в 30-43% наблюдений. Лучшие результаты наблюдались у пациентов, которым было выполнено эндопротезирование (частота повторных операций, выраженность болевого синдрома, субъективная удовлетворенность пациента качеством жизни после операции, функциональные результаты и частота развития осложнений) [6]. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А).

Эндопротезирование тазобедренного сустава. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) при нестабильном переломе ШБК следует проводить пациентам, которые могут передвигаться самостоятельно, при отсутствии выраженных нарушений когнитивных функций. При выборе типа эндопротеза следует оценивать каждого пациента индивидуально. При высокой физической актив-

ности пациента необходимо использовать ТЭТС. Пациентам, у которых предоперационная низкая двигательная активность не оправдывает операцию тотального эндопротезирования, связанную с большей травматичностью и длительностью, более высоким риском вывиха эндопротеза, следует выполнять гемизендопротезирование. При лечении пациентов с высоким риском вывиха эндопротеза (последствия ОНМК, нервно-мышечные заболевания, умеренная и тяжелая деменция, эпилепсия, другие нейродегенеративные заболевания) рекомендуется применять эндопротезы с двойной мобильностью [6].

Стабильные чрезвертельные переломы.

Костные отломки при стабильных чрезвертельных переломах могут быть фиксированы как при помощи накостного фиксатора (DHS), так и с помощью ЦМФ (проксимального бедренного штифта), конструкция которых позволяет трансформировать срезающие силы на линии перелома в силы межфрагментарной компрессии. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А). Однако, в соответствии с обзором британского гайдлайна NICE, имплантация ЦМФ сопровождалась более высокой частотой как возникновения интраоперационных переломов БК, так и периимплантных переломов в отдаленном послеоперационном периоде [13]. Таким образом, в качестве метода выбора при лечении стабильных чрезвертельных переломов может быть рекомендован остеосинтез системой DHS [6].

Нестабильные чрезвертельные переломы. При оценке результатов остеосинтеза при помощи DHS и ЦМФ нестабильных чрезвертельных переломов с отрывом малого вертела, но без вовлечения подвертельной зоны (АО/ОТА 31А1.3, 31А2) были выявлены преимущества ЦМФ. Кроме того, проведение ЦМФ сопровождается лучшими функциональными результатами и более коротким периодом восстановления функции и опороспособности травмированной конечности. При нестабильном характере чрезвертельного перелома предпочтительной является методика цефаломедулярной фиксации [27]. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А).

Особенностью консолидации нестабильных вертельных переломов является коллапс зоны перелома и возможное укорочение нижней конечности, поэтому для максимального сохранения топографо-анатомических соотно-

шений у пациентов моложе 60 лет целесообразно выполнение внутрикостной фиксации цефаломедулярным стержнем в статическом варианте. После установки цефаломедулярного имплантата в статическом варианте нагрузка весом тела должна быть разрешена не ранее, чем через 8-10 недель после операции. Пациентам старше 60 лет показан динамический тип остеосинтеза [6].

Подвертельные переломы АО/ОТА 32-А/В/С.1, поперечные и реверсивные косые межвертельные переломы (АО/ОТА 31-А3). С целью фиксации костных отломков при подвертельных переломах и переломах типа 31А.3 следует отдать предпочтение методике цефаломедулярного остеосинтеза. Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень доказательности - А).

NB! Установка короткой версии ЦМФ при переломе типа 31А.3 и подвертельных переломах сопровождается высоким риском развития периимплантного перелома, поэтому, дистальный конец фиксатора необходимо располагать на 0,5-2 см проксимальнее свода межмышечковой ямки (линии Блюменсаата) [26].

Профилактика осложнений. Тромбопрофилактика. Всем пациентам с ППОБК показано проведение тромбопрофилактики ВТЭО. Тромбопрофилактика относится к неотложным мероприятиям и проводить её необходимо сразу после обращения больного, так как риск развития венозного тромбоза резко возрастает уже с момента получения травмы. Пациенты с ППОБК относятся к группе высокого риска развития ВТЭО ввиду характера самого перелома вне зависимости от метода его лечения, поэтому, наряду с механической тромбопрофилактикой ВТЭО, этой категории пациентов показано проведение медикаментозной профилактики.

Периоперационная антибиотикопрофилактика. Основными препаратами для периоперационной антибиотикопрофилактики инфекции в области хирургического вмешательства при проведении хирургического лечения пациентов с ППОБК являются цефалоспорины 1 поколения (цефазолин), при анафилактических реакциях в анамнезе - гликопептиды (ванкомицин), линкозамыны (клиндамицин). Выбор антибиотиков должен осуществляться с учетом рекомендаций клинического фармаколога медицинской организации. Введение

антибиотика осуществляется за 30-40 мин. до начала оперативного вмешательства, за исключением профилактики с использованием ванкомицина, осуществляемой капельно, в течение 60 мин. (начинают введение за 1,5 часа до начала оперативного вмешательства). При длительных операциях интраоперационно выполняют повторное введение разовой дозы антибиотика в зависимости от используемого препарата. Любая операция при ППОБК - показание для профилактики инфекции в области хирургического вмешательства. Продолжительность ПАП - 24 часа [6].

Профилактика (лечение) остеопороза.

Низкоэнергетические ППОБК являются маркерами системного остеопороза, лечение которого должно быть начато (или продолжено) в ближайшие сутки после оперативного вмешательства. Диагностику и медикаментозное лечение системного остеопороза следует проводить в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями: патологические переломы, осложняющие остеопороз [5]. В качестве базовой терапии при патологических переломах, осложняющих течение системного остеопороза, независимо от его локализации, рекомендуется ежедневно 1000-1200 мг карбоната кальция (с пищей и/или препаратами кальция) в комбинации с витамином D/альфакальцидолом. В первые 3-6 месяцев в качестве источника карбоната кальция рекомендуется оссеин-гидроксиапатитный комплекс, который имеет преимущество при всасывании и влиянии на процесс костеобразования. В выписном эпикризе пациенту должна быть рекомендована консультация эндокринолога для формирования диагноза и лечения остеопороза.

Ведение пациента в послеоперационном периоде. Пациентам с ППОБК с целью контроля витальных функций может потребоваться перевод в отделение реанимации или палату интенсивной терапии. Необходимость перевода пациента в отделение реанимации или палату интенсивной терапии определяет врач анестезиолог-реаниматолог, проводящий анестезию. Медикаментозное обезболивание должно быть достаточным для обеспечения мобилизации пациентов через 24 часа после операции. С этой целью могут применяться парацетамол, НПВС, опиоидные анальгетики в зависимости от степени выраженности болевого синдрома по ВАШ, аналогично схеме предоперационной анальгезии. В послеоперационном периоде возможно использование продленной эпидуральной анальгезии.

Реабилитация. Противопоказания к проведению реабилитации и активизации пациентов с ППОБК нет. Реабилитационные мероприятия должны проводиться всем без исключения больным в послеоперационном периоде лечения ППОБК. Реабилитационные мероприятия пациентам осуществляются в соответствии со следующими принципами: раннее начало (12-48 часов), комплексность, обоснованность, индивидуальный характер, этапность, преемственность, мультидисциплинарный характер, длительность до сохранения положительной динамики [6].

Ранняя активизация пациента способствует предотвращению развития послеоперационных осложнений: образование пролежней, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, пневмонии. Задачами предоперационного периода являются: обучение пациента правильному глубокому грудному и диафрагмальному дыханию, откашливанию для профилактики рисков осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем., упражнениям для неповрежденных конечностей. Активизация пациента должна быть начата в течение 24-х часов после операции [22]. Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств - 1).

После операции реабилитационные мероприятия начинаются в течение первых суток в палате реанимации или травматологического отделения (первый этап реабилитации) и продолжаются после выписки из травматологического отделения в условиях реабилитационного отделения многопрофильных стационаров или реабилитационных центров (отделений) по профилю "патология опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы" (второй этап реабилитации). Весь курс стационарной реабилитации делится на два этапа (ранний и поздний послеоперационный).

Ранний послеоперационный период продолжается первые одну-две недели. Его задачами являются профилактика послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, предупреждение трофических расстройств, в первую очередь, пролежней, уменьшение отека мягких тканей и создание оптимальных анатомо-физиологических условий для заживления травмированных во время операции тканей.

Поздний послеоперационный период начинается с 7-15-го дня после операции и продолжается в течение четырех-восьми недель (до

10-12 недель с момента операции). Поздний послеоперационный период условно делится на ранний восстановительный, который продолжается со второй-третьей по пятую-шестую недели с момента операции (осуществляется, как правило, в условиях реабилитационного стационара) и поздний восстановительный период, который продолжается с шестой по десятую (двенадцатую) недели с момента операции (по показаниям он может быть более продолжительным и включать несколько курсов). Основными задачами позднего послеоперационного периода являются: восстановление функции опоры, передвижения, навыков самообслуживания, профессиональной и социальной активности. При наличии послеоперационных осложнений, сопутствующих соматических заболеваний, существенном ограничении мобильности, активности или участия продолжительность позднего периода реабилитации может удлиниться. После завершения стационарного (второго) этапа реабилитации пациенты направляются на амбулаторное лечение в амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения или санаторно-курортные учреждения (третий этап реабилитации).

Очень важно, чтобы все инструкции, которые даются больному относительно его поведения после операции, были четкими, конкретными, без противоречий с рекомендациями других специалистов и были закреплены многочисленными повторениями и инструктивными материалами-памятками. Эти комплексы должны быть четко написаны и иллюстрированы картинками, и не должны содержать специфичных медицинских терминов. Упражнения, описанные в этих памятках, должны выполняться несколько раз в день, начиная с первых часов и дней после операции. В зависимости от состояния больного после операции, врач ЛФК и инструктор ЛФК (инструктор-методист ЛФК) добавляет или исключает те или иные упражнения. Кроме наиболее простых и основных, в динамике назначаются все более сложные и активные упражнения.

Режимы нагрузки весом тела в послеоперационном периоде. Чрезвертельные, межвертельные, подвертельные переломы: - у пациентов моложе 60 лет применяется статическая фиксация и разрешается нагрузка 15% веса тела сразу после операции. Полную нагрузку разрешают через 12 недель после операции; - у пациентов старше 60 лет применяется динамическая фиксация и разрешается полная нагрузка весом тела сразу после операции.

Переломы ШБК: - после остеосинтеза переломов ШБК канюлированными винтами и динамическим бедренным винтом в течение 12 недель исключается нагрузка весом тела, после 12 недель разрешается дозированная нагрузка весом тела, исходя из динамики консолидации перелома по данным рентгенографии и/или компьютерной томографии. При остеосинтезе телескопическими винтами с угловой стабильностью пациенту разрешается нагрузка 15% веса тела сразу после операции; - при эндопротезировании разрешается полная нагрузка весом тела сразу после операции.

Переломы головки бедренной кости: - после удаления фрагментов головки бедренной кости при переломах Pipkin I нагрузка весом тела разрешается сразу после операции, уровень нагрузки зависит от болевого синдрома у пациента и подбирается индивидуально; - после остеосинтеза при переломах Pipkin I, II, IV нагрузка весом тела исключается на срок 12 недель. После 12 недель разрешается дозированная нагрузка весом тела, исходя из динамики консолидации перелома по данным рентгенографии и/или компьютерной томографии; - после эндопротезирования при переломах Pipkin II-III разрешается полная нагрузка весом тела сразу после операции; - после эндопротезирования, сочетающегося с остеосинтезом перелома вертлужной впадины, нагрузка весом тела исключается на срок 12 недель. После 12 недель разрешается дозированная нагрузка весом тела исходя из динамики консолидации перелома вертлужной впадины по данным рентгенографии и/или компьютерной томографии [14].

Заключение. Таким образом, при лечении пациентов с ППОБК в России сохраняется ряд нерешенных проблем: - необоснованно длительный пред- и/или послеоперационный период стационарного лечения; - отсутствие достаточной реабилитационной поддержки и патронажа медицинским персоналом после выписки из стационара; - необоснованное формирование концепции консервативного лечения у пациентов. Также следует отметить, что при выборе хирургической тактики, представляется очень важным руководствоваться не только характером самого перелома и наличием достаточного материально-технического обеспечения медицинской организации для соблюдения техники имплантации той или иной металлоконструкции, но и уровнем профессионального навыка оперирующего хирурга.

Для подготовки клинической лекции использованы материалы федеральных клинических рекомендаций: - "Переломы проксимального отдела бедренной кости" (2019); - "Патологические переломы, осложняющие остеопороз" (2018).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Войтович А.В., Шубняков И.И., Аболин А.Б., Парфеев С.Г. Экстренное оперативное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости. Травматология и ортопедия России. 1996; 3:32-33.
2. Воронцова Т.Н., Богопольская А.С., Черный А.Ж. Структура контингента больных с переломами проксимального отдела бедра и расчет среднегодовой потребности в экстренном хирургическом лечении. Травматология и ортопедия России. 2016; 1:7-20.
3. Гильфанов С.И. Лечение переломов проксимального отдела бедра: автореф. дисс. ... доктора мед. наук: 14.01.15. Москва, 2010:32.
4. Ершова О.Б., Белова К.Ю., Белов М.В., Ганерт О.А. и др. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедренной кости у городского населения Российской Федерации: результаты многоцентрового исследования // Остеопороз - важная мультидисциплинарная проблема здравоохранения XXI века: мат. науч.-практ. конф. (СПб., 23-25 сентября 2012). СПб, 2012:23-27.
5. Федеральные клинические рекомендации. Патологические переломы, осложняющие остеопороз [Электронный ресурс]. 2018. Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/gesomend/945> (дата обращения: 10.06.2019).
6. Федеральные клинические рекомендации. Переломы проксимального отдела бедренной кости [Электронный ресурс]. 2019. 79 с. Режим доступа: <https://www.rnmot.ru/ru/library/clinical> (дата обращения: 10.06.2019).
7. Шаповалов В.М., Хоминец В.В., Михайлов С.В., Шакун Д.А. Выбор рациональной методики хирургического лечения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости. Военно-медицинский журнал. 2011. № 4. С. 40-47.
8. American Academy of Orthopaedic Surgeons, Management of hip fractures in elderly, Clinical Guideline [electronic resource]. 2014. Available from: <http://www.orthoguidelines.org/topic?id=> (Accessed 10 June 2019).
9. Bjorgul K., Reiker's O. et al. Outcome after treatment of complications of Gamma nailing: a prospective study of 554 trochanteric fractures. Acta Orthop. 2007; 78(2): 231-235.
10. Bojan, A.Y., Beimel C. Critical factors in cut-out complication after gamma nail treatment of proximal femoral fracture. BMC Musculoskelet. Disord. 2013; 14(1): (Published online 02 Jan. 2013).
11. Clinical Decision-Making: Is the Patient Fit for Theatre? A Report from the Scottish Hip Fracture Audit [electronic resource]. Edinburgh: ISD Scotland Publications, 2008. (Accessed 10 June 2019).
12. Dan-Feng Xu, Fang-Gang Bi, Chi-Yuan Ma, Zheng-Fa Wen, Xun-Zi Cai. A systematic review of undisplaced femoral neck fracture treatments for patients over 65 years of age, with a focus on union rates and avascular necrosis. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2017; 12:28.
13. Ekstrom W., Karlsson-Thur C., Larsson S., Ragnarsson B., Alberts KA. Functional outcome in treatment of unstable trochanteric and subtrochanteric fractures with the proximal femoral nail and the Medoff sliding plate. Journal of Orthopaedic Trauma. 2007; 21(1):18-25.
14. Ferhan AA, Madhav AK. Femoral head fractures: diagnosis, management, and complications. Orthop Clin N Am. 2004; 35:463-472.
15. Gillespie, W.J. Hip fracture. BMJ. 2001; 322:968-975.
16. Haentjens P., Magaziner J., Col'n-Emeric CS. Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. Ann Intern Med. 2010; 152: 380.
17. Honton J.L. Pacarel X., Dupuy L. et al. Epidemiology of femoral transcervical fractures. Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar Mot. 1986; 72(1):6-9.
18. Jean-Pierre P. Ouanes D.O., Tomas V.G., Sieber F. Special Anesthetic Consideration for the Patient with a Fragility Fracture Clinics and Geriatric Medicine. 2014; 30(2):243-259.
19. Jones H.W., Johnston P., Parker M. Are short femoral nails superior to the sliding hip screw? A meta-analysis of 24 studies involving 3,279 fractures. Int. Orthop. 2006; 30(2):69-78.
20. Monzon D.G., Vazquez J., Jauregui J.R., Iserson K.V. Pain treatment in post-traumatic hip fracture in the elderly: regional block vs.

systemic non-steroidal analgesics. *Int J Emerg Med.* 2010; 3(4):321-325. PM:21373300.

21. National Clinical Guideline Centre. The Management of Hip Fracture in Adults. London: National Clinical Guideline Centre [electronic resource]. 2011. Available from: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/hip-fracture-the-management-of-hip-fracture-in-adults/#section-society> (Accessed 10 June 2019).
22. National Institute of Health and Care Excellence, Hip fracture: management. NICE. Clinical Guideline [electronic resource]. 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124> (Accessed 10 June 2019).
23. Norwegian National Advisory Unit on Arthroplasty and Hip Fractures. Norwegian Hip Fracture Register [electronic resource]. 2015. Available from: http://nrlweb.ihelse.net/eng/Rapporter/Report2016_english.pdf (Accessed 10 June 2019).
24. Parker M, Blundell C. Choice of implant for internal fixation of femoral neck fractures - meta analysis of 25 randomised trials including 4925 patients. *Acta Orthop Scand.* 1998; 69(2):138-43.
25. Parker M., Cawley S., Palial V., Internal fixation of intracapsular fractures of the hip using a dynamic locking plate Two-year follow-up of 320 patients. *Bone Joint J.* 2013; 95-B:1402-5.
26. Ruedi T.P., Buckley R.E., Moran C.G. *AO Principles of Fracture Management: second expanded edition.* AO Publishing, 2007. 898.
27. Utrilla A.L., Reig J.S., Munoz F.M., Tufanisco C.B. Trochanteric gamma nail and compression hip screw for trochanteric fractures: a randomized, prospective, comparative study in 210 elderly patients with a new design of the gamma nail. *J Orthop Trauma.* 2005; 19(4):229-233. PM:15795570.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Артюхова Е.В.¹, Харинцева С.В.²,
Картукова О.Б.¹, Фетисова Г.В.¹

ВОЗМОЖНОСТИ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РЕФРАКЦИИ

¹НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" (Директор - к.м.н., доцент П.В. Громов)

²ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Рефракционная хирургия - раздел офтальмохирургии, занимающийся хирургической коррекцией аномалий рефракции.

Различают роговичные (корнеальные) и хрусталиковые вмешательства.

Современная офтальмология может предложить пациенту множество различных способов кардинального решения проблемы коррекции зрения от лазерной перешлифовки поверхности роговицы до замены естественного хрусталика на искусственную внутриглазную линзу.

К роговичным вмешательствам относится лазерная операция методом LASIK.

Любая рефракционная операция, выполненная на роговице, изменяет соотношение силы оптической системы к имеющейся длине оси глаза.

LASIK - лазерный кератомилёз (Laser-Assisted In Situ Keratomileusis) - это сочетание микрохирургического воздействия и эксимер-лазерной технологии. Методика LASIK появилась в 1989 г. В разных своих модификациях LASIK является самой распространенной среди рефракционных операций. В ходе лазерной коррекции используется специальный прибор-микрокератом, который предварительно создает лоскут из роговичной ткани, который отгибается, а лазерное воздействие производится уже на внутренние слои роговицы. Верхние слои роговицы не затрагиваются, а испарение лучом лазера оптически искаженных участков происходит из средних слоев роговичной ткани. После лазерной коррекции зрение становится лучше за счет того, что лазер создает новую форму роговицы - "естественной линзы" нашего глаза, вследствие чего она начинает по-другому преломлять световые лучи, они фокусируются на сетчатке и изображение становится четким.

Показания к LASIK: гиперметропия от +0,5 до 6Д, гиперметропический астигматизм 5-6Д, смешанный астигматизм, миопия от -0,5 до -10Д, миопический астигматизм 5-6Д.

Относительные общетерапевтические противопоказания: беременность, ранний послеродовой период, диабет, иммунные заболевания, коллагенозы (системная красная волчанка, ревматоидный артрит).

Относительные хирургические противопоказания: возраст моложе 18 лет, нестабильная рефракция в течение предшествующих 18 месяцев, пресбиопия.

Абсолютные противопоказания к LASIK: единственный глаз, толщина роговицы менее 400-450 мкм, глаукома, катаракта (прогрессирующая), диабетическая ретинопатия, отслойка сетчатки, аутоиммунная патология и ревматоидные состояния - склеродермия, кератоконус развивающийся и клинически выраженный, Herpes simplex и herpes zoster.

Перед лазерной коррекцией зрения необходимо пройти полную диагностику органа зрения, которая включает обследования на различных диагностических приборах, основным из которых является кератотопограф. **Кератотопограф** - прибор, который позволяет измерить кривизну роговицы в нескольких тысячах точек (обычно от 6000 до 15000).

Процедура коррекции по методике LASIK выполняется без госпитализации, в режиме "одного дня", можно проводить лазерную коррекцию сразу на оба глаза.

Операция проводится под местной инстилляционной анестезией (наркоз или уколы анестетика не применяются). Скорость работы эксимер-лазера составляет всего 2 секунды на одну диоптрию. Операция безболезненна и длится не более 15 минут на оба глаза. Наложение швов не требуется, восстановление эпителия по краю лоскута происходит самостоятельно.

Реабилитационный период минимальный, хорошо видеть пациент начинает уже через несколько часов после коррекции, но небольшие колебания зрения могут продолжаться некоторое время. Эти колебания не мешают обычному образу жизни. Пациент быстро возвращается в свой привычный ритм.

Побочные эффекты операции: ухудшение ночного зрения, умеренная боль, дискомфорт и чувство инородного тела в глазу могут ощущаться в течение нескольких дней после операции, слезотечение, возникновение синдрома сухого глаза, размытое или двоящееся изображение (чаще наблюдается в течение 72 часов после операции), блики и повышенная чувствительность к яркому свету (наиболее силь-

но проявляется в первые 48 часов), птоз или опущение верхнего века - редкое осложнение, проходит самостоятельно через несколько месяцев после операции.

Осложнения и их частота.

Повреждение лоскута роговицы микрокератомом во время операции, неправильный или полный срез (частота по литературным данным (ESCRS& ASCRS) - 6,5%).

Недокоррекция или гиперкоррекция (частота по литературным данным (ESCRS& ASCRS) - 6%).

Дебрис - в процессе лазерной абляции образуются мельчайшие частицы, большинство из которых попадают в воздух. Но небольшое количество этих частиц оседает обратно на роговицу. Такой "мусор" называют дебрисом (debris). Чаще всего он никоим образом не влияет на зрение и не беспокоит пациента и постепенно рассасывается (частота по литературным данным (ESCRS& ASCRS) - 6,8%).

Диффузный ламеллярный кератит (синдром "пески Сахары") - неинфекционный неспецифический воспалительный процесс в подлоскутном пространстве роговицы (частота по литературным данным (ESCRS& ASCRS) - 8,7%).

Врастание эпителия (частота по литературным данным (ESCRS& ASCRS) - 4,3 %).

Смещение поверхностного лоскута встречается по литературным данным (ESCRS& ASCRS) в 1,4% случаев, что требует его репозиции, как правило, бесшовной, однако иногда приходится применять контактную линзу.

В Забайкальском крае лазерная коррекция зрения методом LASIK проводится с 2016 года на базе офтальмологического отделения №1 НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО "РЖД". Проведено 2260 операций.

К внутриглазным (хрусталиковым) способам коррекции различных аметропий относятся:

- удаление хрусталика при миопии и гиперметропии различного генеза с коррекцией интраокулярными линзами;
- введение в глаз дополнительной отрицательной или положительной интраокулярной линзы без удаления хрусталика.

Наиболее часто имплантируемые виды ИОЛ:

Монофокальные (с одним фокусом) - этот вид линз обеспечивает пациентам высокое качество зрения для дали. Но, учитывая "однофокусность" линзы, они не исключают ис-

пользования после операции слабых плюсовых очков для работы вблизи.

Мультифокальные (многофокусные)-используемые не только в хирургии катаракты, но и в рефракционной хирургии (гиперметропия, миопия, пресбиопия). Обеспечивают высокую остроту зрения и вдаль и вблизи, что особенно важно для пациентов ведущих активный образ жизни. Успешное применение такой линзы у пациентов с катарактой позволило фирме производителю рекомендовать ее в качестве средства коррекции пресбиопии.

Торические ИОЛ - позволяют корректировать имеющийся у пациента роговичный астигматизм (врожденный, приобретенный).

Искусственный хрусталик рекомендуется для каждого пациента индивидуально с учетом клинических, биометрических и рефракционных особенностей его глаза, а также желаний пациента приобрести тот или иной тип зрения после операции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балашова Н.Х., Ивашина А.И., Горячко О.А. Удаление прозрачного хрусталика- метод коррекции близорукости высокой степени // Офтальмохирургия.- 1989.- № 1-2.- с.28-30.
2. Бикбов М.М., Бикбова Г.М. Эктазии роговицы (патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение) - ГУ "Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней" АН РБ. - М.: Изд-во "Офтальмология", 2011.- с. 21.
3. Инструкция по применению к интраокулярной линзе AcrySof IQ PanOptix Toric.
4. Искаков И.А., Тахчиди Х.П. Интраокулярная коррекция дифракционно- рефракционными линзами / И.А.Искаков, Х.П. Тахчиди.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016.- с.89-93.
5. Куренков В.В. Эксимерлазерная коррекция аметропий. - М.: Издательство РАМН, 2002.- с.13, с.195-196, с.199.

УДК 616.5 - 002.525. 5

Цырендоржиева В.Б., Шилина И.Н.,
Зобнина Е.С., Белокриницкая Л.Н.,
Бакшеева Л.А.

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА

ГУЗ "Городская клиническая больница № 1 Забайкальского края" (Главный врач - Чепцов Ф.Р.)

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

Узловатая эритема (УЭ) (erythema nodosum) - септальный панникулит, протекающий преимущественно без васкулита, обусловленный неспецифическим иммуновоспалительным процессом, который развивается под влиянием разнообразных факторов (инфекций, медикаментов, ревматологических и др. заболеваний).

Заболеваемость узловой эритемой составляет в разных странах от 1 до 5 случаев на 100000 населения в год. УЭ может возникнуть в любом возрасте, в большинстве случаев наблюдается у лиц 20-40 лет. Заболевание встречается у женщин в 3-6 раз чаще, чем у мужчин, хотя до пубертатного периода гендерное распределение примерно одинаково. Несмотря на многочисленные исследования этиология, патогенез и варианты УЭ изучены недостаточно. Наиболее частой причиной развития УЭ являются стрептококковые инфекции верхних дыхательных путей, с которыми ассоциировано начало заболевания у 28-44% больных; прием лекарственных препаратов, хронические заболевания - саркоидоз, ревматологическая патология, хронические воспалительные заболевания кишечника и т.д. Разнообразие антигенных стимулов, способных вызвать УЭ, свидетельствует о том, что это заболевание является реактивным процессом, часто с вовлечением в патологический процесс различных органов и систем организма. Предполагают, что в основе развития УЭ лежат реакции гиперчувствительности III типа (иммунокомплексные) с формированием иммунных комплексов и их отложением вокруг венул перегородок соединительной ткани (септ) подкожной жировой ткани и реакции IV (замедленного) типа. Показатели выработки реактивных промежуточных форм кислорода активированными нейтрофилами периферической крови при УЭ превышали в четыре раза таковые у доноров. Иммунный ответ при вторичной УЭ обусловлен органной патологией, развившейся в рамках

основного заболевания. При саркоидозе отмечается накопление CD4+ Т-лимфоцитов вследствие иммунного ответа Th-1 типа. Саркоидоз сопровождается высоким уровнем иммунологической активности макрофагов и лимфоцитов в местах развития патологического процесса. По неизвестной причине активированные макрофаги и лимфоциты скапливаются в том или ином органе и продуцируют повышенное количество интерлейкинов: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-12, фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α). Последний считают ключевым цитокином, участвующим в формировании гранулемы при саркоидозе. У таких больных обнаруживается обмен нуклеотидов (G-A) в позиции 308 активатора (промотора) гена ФНО, в то время как у больных УЭ, не ассоциированной с саркоидозом, частота аналогичного аллеля не отличается от контроля.

Обнаружена высокая встречаемость УЭ у женщин, имеющих HLA B8, что может указывать на наличие наследственной предрасположенности к данному заболеванию. Среди наиболее распространенных патогенов, которые могут индуцировать интраваскулярный воспалительный процесс наряду с активацией синтеза ряда прокоагуляционных и вазоактивных веществ, особое место занимает *Chlamydia pneumoniae*. Данный микроб характеризуется повышенным тропизмом к сосудистому эндотелию и после попадания в кровоток может длительно персистировать и размножаться в гладкомышечных и эндотелиальных клетках сосудов, моноцитах/макрофагах и в измененных тканях. В этом же плане рассматриваются *Helicobacter pylori*, а также некоторые представители семейства герпесвирусов - вирус простого герпеса человека I типа (*Herpes simplex virus*), 4-го типа (вирус Эпштейна-Барра), 5-го типа (*Cytomegalovirus*), которые путем геномных изменений могут вызвать клональную экспансию популяций интимальных гладкомышечных клеток. Причины преимущественной локализации УЭ на голенях неизвестны. Предполагается, что имеет значение уникальное для голеней сочетание относительно слабого артериального кровоснабжения и ослабления венозного оттока вследствие выраженности гравитационного эффекта и недостаточности мышечной помпы голеней. Узловатая эритема - это полиэтиологический синдром, который встречается в практике многих специалистов.

В классификации узловатой эритемы выделяют по этиологическому фактору: первичная (идиопатическая); вторичная (симптоматическая) - когда выявлено основное заболевание. По степени выраженности, течению и давности воспалительного процесса: острая, подострая (мигрирующая) и хроническая.

Острое начало заболевания и быстрое развитие ярко-красных болезненных, имеющих сливной характер узлов на голенях с отеком окружающих тканей, сопровождающихся температурой до 38-39 °С, артралгиями/артритами, головной болью, слабостью. Заболеванию предшествует стрептококковые тонзиллиты/фарингиты, вирусные инфекции. Узлы бесследно исчезают через 3-4 недели заболевания, без изъязвлений. Дополнительно могут появляться единичные мелкие узелки на противоположной голени.

Упорное рецидивирующее течение, обычно у женщин среднего и пожилого возраста, нередко на фоне сосудистых, аллергических, воспалительных, инфекционных или опухолевых заболеваний. Обострения возникают чаще весной-осенью. Узлы локализуются на голенях, на передне-боковой поверхности, величиной с грецкий орех с умеренной болезненностью и отеком голеней и стоп. Рецидивы длятся месяцы, одни узлы могут рассасываться, другие появляться.

Выделяют стадию созревания узла, которая характеризуется розовым умеренно болезненным уплотнением без четких границ, развивается в течение первых 3-7 дней заболевания. Развернутая стадия представляет собой болезненный ярко-красно-багровый узел с четкими границами и пастозностью окружающих тканей, которая длится в течение 10-12 дней болезни. Стадия разрешения характеризуется безболезненным подкожным сине-желто-зеленоватым уплотнением, без четких границ, продолжительностью от 7 до 14 дней.

Клиническая картина узловатой эритемы.

Появлению УЭ может предшествовать продромальный период продолжительностью 1-3 недели в виде лихорадки, артралгий, повышенной утомляемости. Высыпания появляются внезапно. Острое появление сыпи может сопровождаться лихорадкой до 38-39 °С, головной болью, кашлем, тошнотой, рвотой, болями в животе и диареей. Обычно высыпания располагаются на передне-боковых поверхностях голеней, а также в области лодыжек и колен-

ных суставов. В редких случаях высыпания могут быть более распространенными и располагаться на бедрах, наружной поверхности верхних конечностей, шеи и даже на лице.

Высыпания представлены мягкими, теплыми на ощупь узлами размерами от 1 до 5 см в диаметре. Сначала узлы имеют ярко-красный цвет и слегка возвышаются над кожей. В течение нескольких дней они становятся плоскими, багрово- или пурпурно-красными. В последующем узлы приобретают вид глубокого "синяка" желтоватого или зеленоватого цвета (симптом "синяка"). Такая эволюция окраски узлов ("цветение") очень характерна для УЭ и помогает установить диагноз на поздних стадиях развития сыпи. Границы узлов определяются нечетко из-за отека окружающих тканей. Больные отмечают болезненность узлов, которая может варьировать от незначительной при пальпации до интенсивной спонтанно появляющейся боли. Длительность существования каждого из узлов составляет около 2 недель, после чего они начинают медленно разрешаться без развития атрофии и формирования рубцов. Изъязвления узлов никогда не наблюдаются. Появление новых высыпаний продолжается в течение 3-6 недель, но возможно и в течение более продолжительного времени. Длительно существующие узлы на разных стадиях эволюции могут наблюдаться совместно со свежими высыпаниями. Часто УЭ сопутствуют субфебрильная температура, слабость, снижение аппетита и миалгии. Артралгии и артриты наблюдаются в половине случаев, с наиболее частым поражением голеностопных, коленных и лучезапястных суставов без развития деформаций и деструктивных изменений. Редко отмечаются лимфаденопатия, спленомегалия и плеврит.

Диагностика

Диагноз УЭ обычно устанавливается на основании характерной клинической картины. Клиническими критериями диагноза УЭ являются:

1. Мягкие эритематозные или с наличием симптома "синяка" узлы, диаметром от 1 до 5 см, с четкими границами.
2. Локализация высыпаний преимущественно на передне-боковых поверхностях голеней, реже на бедрах и верхних конечностях.
3. Длительность заболевания менее 6 недель.
4. Разрешение узлов без изъязвления или рубцевания.

Проведение гистологического исследования биоптата кожи требуется в редких случа-

ях, обычно при неполном соответствии проявлений заболевания, несоответствии клиническим критериям или при рецидиве болезни. При гистологическом исследовании биоптата кожи выявляют острую воспалительную реакцию в нижних слоях дермы и подкожной клетчатке. В острой стадии заболевания наряду с инфильтративным васкулитом мелких сосудов дермы и подкожной жировой клетчатки в междольковых перегородках выявляют рассеянные скопления лимфоидных и гистиоцитарных клеток с примесью нейтрофилов и эозинофилов. В поздней стадии инфильтрат состоит преимущественно из гистиоцитов, плазматических клеток, лимфоцитов. Местами обнаруживают эпителиоидные и гигантские клетки. Стенки сосудов резко инфильтрированы, выражена пролиферация эндотелия. Абсцессы или некрозы в жировой ткани отсутствуют. Особенностью УЭ являются радиальные гранулемы Мишера, которые состоят из маленьких, четких узловых скоплений гистиоцитов вокруг центральной области, имеющей вид звезды. Имеются патоморфологические различия острой, подострой и хронической УЭ. При остром течении УЭ морфологические изменения локализуются главным образом в подкожной жировой клетчатке, а в дерме обнаруживается лишь неспецифическая периваскулярная инфильтрация с рассеянными скоплениями лимфоидных и гистиоцитарных клеток. При подостром течении наряду с признаками инфильтративно-продуктивного васкулита мелких гиподермальных сосудов выявляется распространенный воспалительный инфильтрат в междольковых перегородках. Хроническая УЭ проявляется гиподермальным васкулитом средних и мелких сосудов с утолщением стенок и пролиферацией эндотелия капилляров междольковых перегородок. В клеточном инфильтрате, помимо лимфоидных и гистиоцитарных элементов, нередко обнаруживаются гигантские клетки.

При УЭ по данным анализов крови количество лейкоцитов обычно нормальное или слегка повышенное, но СОЭ отличается вариабельностью в зависимости от выраженности высыпаний. Ревматоидный фактор обычно не определяется. В случаях УЭ, ассоциированной со стрептококковым тонзиллитом/фарингитом, выявляют высокий уровень антистрептолизина-О. Значительное изменение уровня антистрептолизина-О (не менее чем на 30%) в двух последовательно проведенных исследованиях

в интервале 2-4 недели указывает на перенесенную стрептококковую инфекцию.

При предположительной связи УЭ с инфекционными заболеваниями проводится серологическое исследование образцов крови на бактериальные, вирусные, грибковые и протозойные инфекции, наиболее распространенные в данном регионе.

При подозрении на туберкулез должны быть проведены туберкулиновые пробы. У всех больных УЭ должна быть выполнена компьютерная томография органов грудной клетки для исключения заболевания легких как причины УЭ. Выявленная при инструментальном обследовании двусторонняя лимфаденопатия в сочетании с лихорадкой, УЭ и артритом в отсутствие туберкулеза характеризуют синдром Лефгрена, который в большинстве случаев представляет собой острый вариант саркоидоза легких с доброкачественным течением.

Примеры формулирования диагноза:

1. Вторичная узловатая эритема, подострого течения, ст II. Хроническая mixed-инфекция в стадии обострения.
2. Идиопатическая узловатая эритема хронического течения, ст. II.

Дифференциальная диагностика проводится с кольцевидной эритемой, ревматологическими заболеваниями, клещевой мигрирующей эритемой, эритемой Базена, гранулематозным саркоидозом, поверхностным мигрирующим тромбозом, люпус-панникулитом, липодермозом, рожей, узелковым полиартериитом, спонтанным панникулитом, синдромом Свита, паранеопластическим синдромом при опухолях.

Лечение:

Облегчить боль помогут прохладные влажные компрессы, приподнятое положение нижних конечностей и постельный режим.

Если верифицировано основное заболевание - узловатая эритема ассоциированная с А-стрептококковой инфекцией глотки (тонзиллит, фарингит), с ангиной или тонзиллитом; ассоциированная с микоплазменной инфекцией назначаются антибактериальные препараты: бензатин бензилпенициллин 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 3 недели в течение 6 месяцев или амоксициллин с клавулановой кислотой 0,625 г 3 раза в сутки в течение 10 дней. Доксидиклин 0,1 г 2 раза в сутки, в течение 7 дней, в течение 19 дней при хламидийной инфекции или mixed-инфекции.

При синдроме Лефгрена, узловатой эритеме, обусловленной аллергическим воздействием, при

ревматических заболеваниях, болезни Крона назначают кларитромицин 0,25 г 2 раза в сутки в течение 7 дней и виростатики - ацикловир 0,2 г 5 раз в сутки в течение 7-10 дней. Валацикловир 0,5 г 2 раза в сутки в течение 7-10 дней.

При исключении инфекции как причины узловатой эритемы, рекомендуются консультации специалистов (ревматолога, пульмонолога, гастроэнтеролога) с целью уточнения диагноза. При высокой воспалительной активности назначают глюкокортикоиды системного действия - преднизолон по 20-40 мг в сутки в течение 8-10 дней с постепенной отменой. При лечении преднизолоном улучшение наступает быстро, однако препарат назначают только после выяснения причины заболевания (при инфекциях кортикостероиды противопоказаны).

При легких и умеренно выраженных формах УЭ лечение НПВС: аэртал (ацеклофенак) 0,1 г per os 2 раза в сутки в течение 1,5 месяцев (мовалис (мелоксикам) по 0,015 г в сутки внутримышечно в течение 3-х дней, затем по 0,015 г per os в сутки до 2 месяцев). Нимесулид 1% гель на очаг поражения 3 раза в сутки в течение 3-х недель.

При тяжелых формах УЭ применяют коротким курсом гепарин (фраксипарин по 0,3 г 2 раза в день 8-10 дней).

Антигистаминные препараты системного действия: фексофенадин 0,18 г в сутки в течение 2 недель, лоратадин 0,01 г 1 раз в день 2-3 недели.

Ангиопротекторные препараты (пентоксифиллин), улучшающие кровоток в системе микроциркуляции.

Препараты, содержащие йод и йодозаменители (йодид калия), стимулирующие высвобождение гепарина тучными клетками.

Аминохинолиновые препараты (плаквенил), оказывающие угнетающее действие на синтез нуклеиновых кислот, активность некоторых ферментов и иммунные процессы.

Локальная терапия - как противовоспалительная, рассасывающая инфильтрат и восстанавливающая микроциркуляцию: компрессы с 5% линиментом дибунола, аппликации с 33% раствором димексида.

Физиотерапевтические процедуры: фонофорез с 5% линиментом дибунола, аппликации озокерита; фонофорез с лидазой, гепарином, гидрокортизоном; индуктотермия, ультразвуковая терапия, магнитотерапия, УВЧ-терапия, воздействие лучами лазера.

Представляем клинический случай: Больная А., 39 лет, поступила в стационар с жалобами на

синюшно-красные пятна на коже голеней спереди и сзади, с четкими границами, болезненными на ощупь, на чувство "ломоты" в коленных, локтевых, лучезапястных суставах. Отмечались явления отечности в области левого лучезапястного сустава; субфебрильную температуру тела с чувством познабливания, общую слабость. Из анамнеза заболевания выяснилось, что в середине февраля 2019 года беспокоили боли в горле, чувство першения, субфебрильная температура тела, лечилась самостоятельно полосканием горла календулой, пользовалась ингалятором для орошения горла. Самочувствие улучшилось. Однако с 13.03.2019 г. появилось чувство ломоты в коленных, локтевых, лучезапястных суставах, субфебрильная температура тела с ощущением озноба, обратилась к участковому терапевту и была госпитализирована в стационар. При осмотре пациентки состояние удовлетворительное, удовлетворительного питания, периферические лимфоузлы не увеличены. На коже голеней, спереди и сзади, отмечались синюшно-красные очаговые высыпания, с четкой границей, горячие на ощупь, болезненные, различного размера от 0,5*0,5 см до 2,5*3,0 см в диаметре, местами сливного характера. При осмотре зева - слизистая задней стенки глотки розовая, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук. Хрипов нет. Границы относительной тупости сердца не увеличены. Тоны ритмичные, хорошей звучности. Систолический шум на верхушке сердца. Пульс = ЧСС 72 в минуту. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: RBC $4.10 \cdot 10^{12}/л$, HGB 109 г/л, PLT $280 \cdot 10^9/л$, WBC $6.44 \cdot 10^9/л$, NEUT - 72.0%, LYMPH - 17.2%, MONO - 9.0%, EO - 1.2%, СОЭ - 42 мм/час. Общий анализ мочи: S.G - 1.020, ket - 0.1 mmol/l, PRO - 0.1 g/l, BL - neg, Glu - neg, Leu - neg, Col LT - Yellow. СРБ 24 мг/л, ревматоидный фактор 16 МЕд/л, мочевая кислота - 128 ммоль/л. Глюкоза - 4,4 ммоль/л. LE-клетки не обнаружены. Сывороточное Fe - 8,8 мкмоль/л. Коагулограмма: АЧТВ - 26", акт - 29", JA4ТВ - 0.89, ПТИ - 83%, МНО - 1,19; фибриноген по Клауссу - 4,4 г/л, фибриноген D - 3,0 г/л.

Rg-графия ОГК: легкие воздушные, без видимых очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок не изменен. Корни легких тяжистые, структурные. Средостение не смещено. Тень сердца не расширена. Аорта не изменена.

Rg-графия кистей с захватом лучезапяст-

ных суставов в прямой проекции без видимой костной деструкции. Положение и форма костей не изменены, суставные поверхности конгруэнтны. Суставные щели лучезапястных, запястных суставов, межфаланговых суставов кистей симметрично незначительно сужены. Видимые мягкие ткани без особенностей. Заключение: признаки двустороннего деформирующего остеоартроза лучезапястных суставов и суставов кистей I стадии.

Rg-графия коленных суставов в 2-х проекциях: убедительных данных за "свежую" костную патологию не выявлено. Суставные щели неравномерно сужены, преимущественно в медиальных отделах. Заострение межмышечковых сочленений. Соотношение элементов в суставе не нарушено. Заключение: Признаки двустороннего гонартроза I степени.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС - 85 в мин, нормальный тип ЭКГ.

ЭхоКГ: правое предсердие не расширено 36*41 мм, левое предсердие не расширено 36 мм, 35*43 мм. В межпредсердной перегородке визуализируется непостоянный шунт до 2 мм. Правый желудочек не расширен: 28 мм, стенка не гипертрофирована. Задняя стенка левого желудочка 9 мм, не изменена. Локальная сократимость не изменена. Аорта: диаметр восходящего отдела 43 мм, стенки не утолщены. Аортальный клапан: левая коронарная створка не визуализируется. Трансаортальный поток V peak 158 см/с, PG peak 10 мм рт. ст., аортальная регургитация 1 степени. Митральный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, митральная регургитация 0-1 степени. Трикуспидальный клапан: состояние створок - не изменены, трикуспидальная регургитация 1 степени. V peak 225 см/с, PG peak 19 мм рт. ст. Легочная артерия не изменена. Легочный поток V peak 119 см/с, PG peak 5 мм рт. ст. Давление в легочной артерии: систолическое 25 мм рт. ст. (N сист. до 30-35 мм рт. ст.). ФВ 73%, СУ 42. Заключение: Двустворчатый аортальный клапан. Открытое овальное окно.

В лечении были применены - постельным режим, антибактериальная терапия аугментинном в дозе 1,2 г внутривенно 3 раза в сутки, в течение 10 дней, раствор мовалиса 1,5 мл (0,015 г) внутримышечно в течение трех дней с переходом на таблетированную форму мовалиса 0,015 г 1 раз в сутки. На фоне этой терапии самочувствие пациентки улучшилось, боли в нижних конечностях купировались, нормализовалась тем-

пература тела, побледнели и рассосались имеющиеся высыпания на коже голени, купировалась артралгия в коленных, локтевых и лучезапястных суставах. Больная в удовлетворительном состоянии была выписана из стационара.

Узловатая эритема представляет собой большой интерес как в научном, так и в практическом аспекте для врачей различных специальностей. На сегодняшний день констатировано многообразие этиологических агентов и полиморфность клинической симптоматики. Остается много вопросов в плане патогенеза процесса, единых подходов к диагностике и терапии этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белов Б.С., Егорова О.Н., Карпова Ю.А., Балабанова Р.М. Узловатая эритема: современные аспекты. Научно-практическая ревматология. 2010; 4: 66-72.
2. Бусалаева Е.И. Узловатая эритема в практике врача первого контакта. Материалы конференции "Дни ревматологии в Санкт-Петербурге". СПб.: 2014; 42.
3. Вермель А.Е. Узловатая эритема в клинике внутренних болезней. Клиническая медицина. 2004; 4: 4-9.
4. Дерматовенерология. Национальное руководство /под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 1024.
5. Егорова О.Н., Белов Б.С., Пушкина О.В., Раденска-Лоповок С.Г. Панникулиты: проблемы дифференциальной диагностики. Научно-практическая ревматология. 2013; 51 (3): 341.
6. Кожные болезни. Диагностика и лечение / Томас П. Хэбиф. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ. 2006; 672.
7. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Общероссийская общественная организация Ассоциация ревматологов России. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных узловатой эритемой. Москва - 2013 г. с дополнениями от 2016 г.
8. Шаповалов Ибрагим. Узловатая эритема. Медицинская газета. 5.2.2014; 8:8 - 9.
9. Шапошников О.К. Хроническая узловатая эритема. Л., 1971; 3 - 42.
10. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. Пер. с англ. Мак-Гроу-Хилл., 1999; 1088.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

¹Гаймоленко И.Н., ¹Овчинникова Е.П.,
²Филинова Е.Г., ²Зондуева Ц.М.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА

¹ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

²Государственное учреждение здравоохранения Краевая детская клиническая больница В.В. Комаров

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ, синоним: диффузные заболевания легких) являются гетерогенной группой болезней, при которых в патологический процесс в первую очередь вовлекаются альвеолы и периальвеолярный интерстиций, что приводит к нарушению газообмена, рестриктивным нарушениям вентилиционной функции легких и диффузным интерстициальным изменениям, выявляемым при рентгенологическом исследовании

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) являются редкой патологией. Имеются лишь единичные сообщения о распространенности ИЗЛ у детей. В исследовании, выполненном в Англии с 1995 по 1998 г., частота ИЗЛ у детей в возрасте 0-16 лет составила 3,6 на 1 000 000, при этом в исследование не вошли больные со специфическими заболеваниями, характерными для младенцев, также ИЗЛ, связанные с дефектами синтеза белков сурфактанта [3].

Нейроэндокринная гиперплазия младенцев (НЭГМ) - это редкое интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ) неизвестной этиологии, встречающееся преимущественно у детей первых двух лет жизни, для которого характерно сочетание гиперплазии бомбезин-позитивных нейроэндокринных клеток периферических дыхательных путей в биоптате легких с клинической картиной персистирующего тахипноэ, мелкопузырчатых хрипов в легких и гипоксемией.

Данное заболевание впервые было описано в 2001 году R.R. Deterding с соавторами. В 2005 году те же авторы сообщили уже о серии наблюдений за 15 пациентами с подобными симптомами.

Пулмональные нейроэндокринные клетки (ПНЭК) считаются наименее изученными. Известно, что гиперплазия ПНЭК участвует в патогенезе многих заболеваний, однако ее значение пока неизвестно. Пулмональные нейро-

эндокринные клетки расположены единично в респираторном эпителии (называемые нейроэпителиальными телами, НЭТ), тогда как сгруппированные - в дыхательных путях, часто находятся на бифуркации бронхов или бронхоальвеолярных каналах (каналах Ламберта). ПНЭК, в отличие от большинства клеток респираторной части легких, иннервируются и имеют микроворсинки, которые выступают в просвет дыхательных путей. Единичные ПНЭК содержат секреторные гранулы и везикулы с плотной сердцевиной, в которых находятся различные амины и пептиды, включая гастринвысвобождающий пептид, серотонин, пептид, связанный с геном кальцитонина, кальцитонин, субстанцию Р, соматостатин, хромогранин А и синаптофизин. Эти вещества высвобождаются физиологическими стимулами, такими как гипоксия, и многие из них обладают сильными, часто противоположными эффектами, которые еще предстоит выяснить. После десятилетий исследований этих клеток известно о их регуляторной функции в легочном кровотоке, контроле бронхиального тонуса, модуляции иммунного ответа, поддержании пула стволовых клеток. Кроме того, выявлен факт физиологической гиперплазии пульмональных нейроэндокринных клеток в легких фетального и неонатального периодов и их участия в дифференцировке, созревании и регенерации легких. Численность ПНЭК в первый год жизни уменьшается. Ни один другой тип клеток в легких не проявляет такого разнообразия функций.

В патогенезе НЭГМ играет роль гиперплазия ПНЭК, которая по невыясненным причинам сохраняется у некоторых детей после рождения и является источником дыхательных нарушений. Доказано, что ПНЭК, продуцируя вазоактивные вещества (бомбезин, кальцитонин и серотонин), способствуют бронхо- и вазоконстрикции, эпителиальной дифференциации и пролиферации мезенхимальных клеток (гладких мышечных клеток и фибробластов), что и определяет клинику заболевания.

Для НЭГМ типичной является клиническая манифестация на первом году жизни (в среднем в 3,8 месяца). Предполагаемым триггером нейроэндокринной гиперплазии младенцев может быть острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). У части детей с НЭГМ в перибронхиальных лимфоцитах обнаруживается вирус Эпштейна - Барр. У относительно здорового младенца появляются симптомы

поражения нижних дыхательных путей или интерстициального заболевания легких (ИЗЛ), включающие тахипноэ, втяжение уступчивых мест (ретракции), влажные хрипы и гипоксемию. Кашель и сухие хрипы при НЭГМ встречаются редко. У пациентов отсутствуют какие-либо другие известные сердечно-сосудистые, иммунопатологические, генетические или другие установленные заболевания, которые могли бы вызвать перечисленные респираторные симптомы. Заболевание чаще возникает у мальчиков. У детей с НЭГМ отмечаются высокая частота острых респираторных заболеваний, задержка роста и низкая прибавка массы тела, также возможна длительная необходимость в дополнительной оксигенации.

Рентгенографическое исследование грудной клетки обычно выявляет вздутие или перерастяжение легких, изменения, подобные наблюдающимся при ОРВИ или бронхиолите. Ведущим патогномоничным признаком НЭГМ при проведении компьютерной томографии (КТ) является обнаружение паттерна "мозаичной перфузии", затрагивающей как минимум 4 доли легких, уплотнений по типу "матового стекла", которые являются наиболее заметными в средней доле правого легкого и язычковых сегментов. При интерпретации результатов КТ опытными детскими рентгенологами чувствительность и специфичность данных признаков для НЭГМ составляют 78-83% и 100% соответственно.

В отличие от многих других форм детских ИЗЛ, специфическим диагностическим методом для НЭГМ можно считать высокоразрешающую КТ. Подтверждающая биопсия для пациентов с классической клинической картиной и характерными рентгенологическими данными не обязательна.

При проведении гистологического исследования участков легочной ткани пациентов с НЭГМ при окраске гематоксилином и эозином образцы практически соответствуют норме, но иногда может наблюдаться увеличение числа свободных альвеолярных макрофагов, умеренная гиперплазия гладких мышц и светлых эпителиальных клеток. Патогномоничным признаком НЭГМ является увеличение числа бомбезин-положительных клеток дыхательных путей более чем в 75% биопсийного материала. Оно может выявляться и у здоровых людей, но не более 5% эпителиальных клеток.

Таким образом, диагноз НЭГМ можно подтвердить с помощью иммуногистохимическо-

го исследования, которое выявляет увеличение общего числа нейроэндокринных клеток дыхательных путей и увеличение числа нейроэндокринных клеток по отношению к общему числу клеток дыхательных путей.

В серии наблюдений V.C. Gomes и соавторы (2013) у детей с наиболее тяжелым течением заболевания проводилась терапия системными глюкокортикостероидами, однако не было получено значимого клинического ответа на терапию, состояние пациентов оставалось прежним. Улучшение наступало не в результате специфического лечения, а только с течением времени. Поскольку в патогенезе НЭГМ отсутствует компонент воспаления, пациентам не показаны противовоспалительные препараты. Терапия бронходилататорами у них также неэффективна.

Несмотря на персистирующие симптомы и гипоксемию, у пациентов с НЭГМ наблюдается медленное улучшение состояния. Важно отметить, что до сих пор не было зарегистрировано ни одного случая декомпенсации дыхательной недостаточности или смертельного исхода, связанных с НЭГМ. Данный признак положительным образом отличает НЭГМ от других детских ИЗЛ, при которых показатель летальности достигает 21% [1,2].

Клинический случай. Девочка Д. 1 г 11 мес. Родилась от 3 нормально протекающей беременности, 2 родов в срок естественным путём, по шкале Апгар 9-10 баллов. В этот же день переведена в отделение реанимации по причине желтухи из-за конфликта по обратному фактору. На 10 день выписалась домой.

Наблюдалась по поводу открытого овального окна, дисплазии тазобедренных суставов и натальной травмы шейного отдела позвоночника. Привита по возрасту. Отмечалась аллергическая реакция на кабачок в виде сыпи. У отца сезонный аллергический ринит.

Первый эпизод острого респираторного заболевания (ОРЗ) в возрасте 10 месяцев, когда повысилась температура до 38 °С, появился насморк, присоединился влажный кашель, самостоятельно лечились оксиметазолином, ибупрофеном, ингаляптом. На 5 день болезни кашель усилился, появилась одышка и свистящее дыхание, обратились к участковому педиатру, на рентгенограмме органов грудной клетки выявлена правосторонняя бронхопневмония.

Госпитализированы в отделение реанимации ККИБ с признаками дыхательной недостаточности (снижение SatO₂ 88%, тахипноэ,

одышка с участием дыхательной мускулатуры). Объективно: состояние тяжелое за счёт дыхательной недостаточности II степени, температура тела 37,1 °С, гиперемия задней стенки глотки, носовое дыхание затруднено за счёт слизистого отделяемого, ЧДД=40 в мин., при беспокойстве - до 52 в мин., экспираторная одышка, втяжение межреберий. Перкуторно коробочный оттенок звука. Аускультативно жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы с обеих сторон, влажные мелкопузырчатые справа, SatO₂ 88-90%. При обследовании: в общем анализе крови нормоцитоз с лимфоцитозом. На рентгенограмме органов грудной клетки признаки очаговой пневмонии справа ("Лёгкие воздушны, подвздуты, лёгочный рисунок интенсивно обогащён в центральных отделах за счёт периваскулярного, перибронхиального компонента, нечётко. На этом фоне в прикорневых отделах правого лёгкого слабо и среднеинтенсивные очаговые тени. Корень правого лёгкого неструктурен"). Выставлен диагноз: внебольничная очаговая пневмония справа с бронхообструктивным синдромом, средней степени тяжести. Проводилось лечение противовирусными препаратами, антибиотиками, отхаркивающими, системная терапия стероидами, ингаляции с беродуалом и будесонидом, дезинтоксикационная терапия. При выписке на амбулаторное долечивание сохранялся кашель, жёсткое дыхание с единичными хрипами на вдохе. На контрольной рентгенограмме признаки остаточных явлений пневмонии, назначены ингаляции с беродуалом.

Через 2 дня после выписки вновь усилился кашель, одышка, на 10 день при контрольной рентгенограмме органов грудной клетки вновь очаговая пневмония справа. Госпитализированы в пульмонологическое отделение ГУЗ КДКБ. Объективно: состояние средней степени тяжести за счёт пневмонической инфильтрации, температура тела 36,5 °С. В ротоглотке без воспалительных изменений. Носовое дыхание свободное, ЧДД=36, экспираторная одышка, втяжение межреберий. Аускультативно жесткое дыхание, ослабление в заднее-нижних отделах, сухие свистящие и влажные мелкопузырчатые хрипы. При обследовании: в общем анализе крови умеренный нейтрофилёз, тенденция к лейкопении. В биохимии крови: умеренное увеличение АТЛ, АСТ. В иммунограмме снижение IgA, IgG. На рентгенограмме органов грудной клетки признаки очаговой пневмонии справа ("лёгкие воздушны, на фоне усиленного перибронхиального компонента

легочного рисунка, справа в медиальных отделах определяются тени инфильтрации"). Выставлен диагноз: внебольничная пневмония справа с бронхообструктивным синдромом, средней степени тяжести. Назначено лечение: антибиотикотерапия, отхаркивающий препарат, ингаляции с ипратропия бромидом, физиотерапия, массаж. Учитывая тенденцию к лейкопении, с целью иммуностимуляции назначен полиоксидоний. На 14 день госпитализации выполнено КТ органов грудной клетки - признаки бронхообструкции, ателектаз S9 слева ("лёгкие подвздуты в латеральных отделах, отмечается снижение прозрачности полей S1, S5 с обеих сторон, S4 справа за счёт участков гипопневматизации по типу "матового стекла". В S9 слева дольковый ателектаз. Бронхо-сосудистый рисунок обеднён, обогащён в прикорневых отделах за счёт перибронхиального компонента"). Выписаны с сохраняющимися хрипами и одышкой на амбулаторное долечивание.

Через 10 дней обратились самостоятельно в "Московскую детскую городскую клиническую больницу департамента здравоохранения г. Москвы", где был выставлен диагноз - нейроэндокринная гиперплазия младенца. По данным анамнеза (плоская кривая прибавки массы тела, перенесение ОРЗ накануне манифестации заболевания, неэффективность лекарственной терапии), клинических проявлений (экспираторная одышка, втяжение межреберий, жесткое дыхание, ослабление в заднее-нижних отделах, сухие свистящие и влажные мелкопузырчатые хрипы), дополнительных методов обследования (на КТ картина выраженной мазаичной пневматизации, участки гипопневматизации по типу "матового стекла" и гиперпневматизации).

Выписаны с рекомендациями: контроль массово-ростовых показателей, сатурации при одышке; домашняя кислородотерапия при снижении уровня сатурации ниже 92% с помощью концентратора кислорода; при выраженной одышке и уровне SatO₂ менее 92% ингаляции с беродуалом и будесонидом.

При динамическом наблюдении ребенка пульмонологом по месту жительства сохраняется локальная симптоматика в легких (в виде локально ослабленного дыхания, наличия крепитирующих хрипов, больше справа). Кислородозависимость отсутствует, потребности в заместительной респираторной терапии нет. Ребенок продолжает наблюдаться педиатром и пульмонологом.

Таким образом, данный клинический случай представляет трудности диагностики ред-

кого интерстициального заболевания легких, протекающего под маской повторных пневмоний с недостаточной эффективностью антибактериальной терапии.

НЭГМ часто скрывается под маской клинически схожих заболеваний. При длительном лечении ОРЗ без клинической эффективности необходимо заподозрить иное, интерстициальное заболевание лёгких. Наиболее информативным методом исключения данной патологии - КТ органов грудной клетки (чувствительность и специфичность составляют 78-83% и 100% соответственно).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Интерстициальные заболевания легких у младенцев / Д.Ю. Овсянников, Е.В. Бойцова, М.А. Беляшова, И.К. Ашерова. - М.: Изд-во РУДН, 2014. - 180 с.
2. Интерстициальные заболевания легких у детей / Д.Ю. Овсянников, Е.В. Бойцова, М.А. Беляшова - Вестник современной клинической медицины. -2014, Том 7, вып.6.- с.71-76.
3. Dinwiddie, R. Idiopathic interstitial pneumonitis in children: a national survey in the United Kingdom and Ireland / R. Dinwiddie, N. Sharief, O. Crawford // *Pediatr. Pulmonol.* - 2002. - Vol. 34(1). - P.23-29.

Малов В.И., Батурина Е.Г.,

Сорокина Л.А, Елина Т.В.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ОСТРОГО КРИЗА ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА

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

Под синдромом отторжения (СО) понимают комплекс иммунологических и клинических реакций, возникающих в ответ на взаимодействие организма реципиента с чужеродными антигенами донорской почки в посттрансплантационном периоде, который проявляется дисфункцией трансплантата. У пациентов с СО почечного трансплантата появляются клинические и лабораторные признаки нарастания почечной недостаточности [1].

По срокам возникновения различают:

- сверхострое отторжение - в первые часы после трансплантации;

- ускоренное отторжение - через 12-72 часа после трансплантации;
- острое отторжение - после 72 часов после трансплантации;
- хроническое отторжение.

По данным литературы, наибольшее количество кризов отторжения донорской почки возникает в течение первых 3-4 месяцев после операционного периода. Под влиянием успешного применения иммуносупрессорной терапии выживаемость реципиентов в течение первого года удалось увеличить до 94-98%, а выживаемость почечного трансплантата - до 88-94%. С каждым последующим годом показатель выживаемости почки ухудшается на 3-8%. Число функционирующих трансплантатов к 10-15 годам составляет лишь около 50% и даже ниже [2].

Основной причиной "потерь" трансплантационной почки в отдаленные сроки после трансплантации является прогрессирующая хроническая дисфункция трансплантата, обусловленная рядом патологий, различных по своей природе [3]. Важнейшей причиной считается нефросклероз вследствие хронического нефротоксического эффекта ингибиторов кальцинейрина (циклоспорина или такролимуса) [4]. Причиной СО может быть неправильная консервации или длительная транспортировка донорской почки, полученной от трупа. Фактором риска считается длительность холодовой ишемии дольше 24 часов.

Возникает повышение иммуногенности трансплантата, связанное с деструкцией тканей и высвобождением антигенов. Имеет значение также превентивная иммуносупрессивная терапия и прием иммунодепрессивных препаратов после операции. Кризы отторжения чаще возникают при ведении пациента без назначения индукционного агента, использовании циклоспорин-азатиопринового протокола (вместо такролимус-мофетилового) или протокола без стероидов [5]. Суммарный риск отторжения трансплантата в связи с развитием в нём исходного заболевания регистрируются у 10% больных [6].

Клинические проявления криза отторжения обусловлены степенью нарушения азотовыделительной функции пересаженной почки с повышением в крови азотистых шлаков и причиной дисфункции трансплантата. Приводим клинический случай повторного острого криза отторжения трансплантата.

Пациентка Б., 24 лет, жительница г. Москвы, доставлена в экстренном порядке с жало-

бами на повышение температуры тела до 37,5-38 °С. Снижение диуреза до 700 мл в сутки, слабость, красный цвет мочи. Из анамнеза и документов предыдущих госпитализаций выяснено, что в с 2008 г страдает хроническим гломерулонефритом. В 2014 г. диагностирована ХПН, морфологически идентифицирована как Ig-нефропатия, ускоренно-склерозирующий вариант, 5 класс, проводилась терапия циклофосфаном, метипредом без положительной динамики.

Постепенно нарастала ХПН, с июля 2015 г. начата заместительная почечная терапия методом гемодиализа, далее с августа 2015 г. проводился перитонеальный диализ. 20.04.2018 г в НИИ СП выполнена АТП. В июле 2018 г. больная проходила курс стационарного лечения по поводу острой дисфункции трансплантата (с подъёмом креатинина до 190 мкм/л), в дальнейшем находилась под амбулаторным наблюдением по месту жительства. Получала адваграф 6,5 мг и майфортин 720 мг в сутки, метипред 4 мг. Последнее исследование концентрации такролимуса в крови от 09.04.19. - 9,1 нг/мл. Настоящее ухудшение в течение суток, получала амоксиклав 650 мг 2 раза в сутки, панadol 500 мг. В дежурном стационаре найдены повышение уровня креатинина до 147 мкм/л, мочевины до 12,2 ммоль/л, эритроцитурия. Пациентка направлена в ККБ.

При поступлении состояние расценено как средней тяжести. Сознание ясное. Со стороны системы дыхания, сердечно-сосудистой и пищеварения патологических отклонений не выявлено. Поясничная область без видимой патологии, пальпация безболезненная. Поколачивание по области проекции почек безболезненное. Диурез снижен, мочеиспускание редкое. В правой подвздошной области расположен трансплантат, безболезненный, размером 10×5 см. В анализе крови: лейкоцитоз $12,9 \times 10^9/\text{л}$, п/я 11, эр $3,51 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb 97 г/л, СОЭ 30 мм/ч.

Выставлен основной диагноз: Хронический диффузный гломерулонефрит с исходом в нефросклероз (морфологически Ig нефропатия 5 класс). Артериальная гипертензия, достигнутая нормотония, риск 4. ХБП 5 ст. АТП от 20.04.2018 г. Острая дисфункция трансплантата. Нефрогенная анемия легкой степени.

02.05.19. Компьютерная томография: В правой подвздошной области определяется почечный трансплантат 64×50×121 мм, структура паренхимы однородная, ЧЛС не расширена. Небольшое количество жидкости в поло-

сти таза. Двусторонний нефросклероз. Умеренное увеличение селезёнки.

Креатинин в динамике - 02.05.19. возрос до 277 мкм/л, мочевины до 13,4 ммоль/л, диурез составил 700 мл в сутки. Пациентка проконсультирована по телефону с дежурным врачом-трансплантологом НИИ СП г. Москвы, мнение которого - в пользу наличия криза отторжения трансплантата. По его рекомендации начата пульс-терапия метипредом по 1,0 г в сутки в/в капельно N 3 под прикрытием антибактериальной терапии цефтриаксоном по 1,0 г в/в капельно. Уровень креатинина к 05.05.19 увеличился до 465.10 мкмоль/л, затем стал снижаться и 09.05.19. составил 156.10 мкмоль/л, концентрация мочевины стала 12.4 ммоль/л.

06.05.19. УЗИ трансплантата: почечный трансплантат расположен в правой подвздошной области, размерами 110×45 мм, паренхима 21 мм. Чашечки и лоханка не расширены, конкременты и объёмные образования не визуализируются. Заключение: Структурных изменений не выявлено.

06.05.19. Дуплексное сканирование трансплантата: диаметр в устье - 0,55 см, на протяжении до 0,57 см (норма 0,40-0,70 см с обеих сторон), длиной 4,57 см. Стенки уплотнены, просвет свободный, ход артерии не прямолинейный с умеренной С-образной извитостью в преустьевом отделе (с Vmax до 126 см/с). При доплерографии кровотоков в основном стволе 107/28 м/с IR 0.74PI 1.51 - сосудистое сопротивление на верхней границе нормы. Заключение: Гемодинамически незначимая, умеренная С-образная извитость в преустьевом отделе почечной артерии трансплантата.

Уровень такролимуса от 06.05.19. 7,6 нг/мл. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты в большом количестве, лейкоциты 7600.

Проведена консультация по телефону с врачом-трансплантологом НИИ СП им. Склифосовского. Отмечена положительная динамика - азотемия не нарастает, диурез достаточен. Проведена коррекция лечения, рекомендовано готовить больную к выписке. 15.05.19. больная выписана на амбулаторное лечение по месту жительства.

Таким образом, удалось справиться с острым кризом отторжения трансплантата с помощью пульс-терапии метилпреднизолоном и цефтриаксоном на фоне приема такролимуса пролонгированного 6,5 мг в сутки и микофеноловой кислоты 360 1 к 2 раза в день.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мойсюк Я.Г., Столяревич Е.С., Томилина Н.А. Болезнь почечного трансплантата / Нефрология: национальное руководство // под ред. Н.А. Мухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 588 с.
2. Столяревич Е.С., Томилина Н.А. Эволюция представлений о причинах поздней дисфункции трансплантированной почки. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2015-2-113-115>
3. Данович Габриэль М. Трансплантация почки / Пер. с англ. под ред. Я. Г. Мойсюка. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 848 с.
4. Иммуносупрессия при трансплантации солидных органов / Под ред. С.Готье. - М. - Тверь: ООО "Издательство Триада", 2011. - 382 с.
5. Отторжение почечного трансплантата. [Электронный ресурс] - Режим доступа: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/renal-transplant-rejection (Дата обращения 20.06.2019).
6. Трансплантация почки. Национальные клинические рекомендации, 2013. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://boris.bikbov.ru/2013/04/07/klinicheskie-rekomendatsii-po-vedeniyu-patsientov-s-transplantirovannoy-pochkoy/> (Дата обращения 20.06.2019).

Морозова Е.И.

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА С РАЗВИТИЕМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Введение. Общая распространенность врожденных пороков сердца (ВПС) составляет 8 на 1000 родов (5,6-15,32 в зависимости от страны) и 7,2 на 1000 живорожденных. Общая частота хромосомных ВПС составляет 7 на 1000 родов, из которых 3,6% составляют перинатальные потери, 20% диагностируются пренатально, 5,6% беременностей прерывается в связи с выявленной аномалией плода. Около 12% ВПС ассоциируются с хромосомными аномалиями (7% - с синдромом Дауна, 2% - с синдромом Эдвардса и 1% - с синдромом Патау), составляя 0,97 случаев на 1000 родов. Наиболее частые врожденные пороки сердца - это дефект межжелудочковой перегородки (50% всех ВПС), дефект межпредсердной перепо-

родки, клапанный стеноз легочной артерии и открытый артериальный проток. Цианотичные пороки сердца составляют 15% всех ВПС и 1/3 критических ВПС. Самым частым цианотичным пороком сердца является тетрада Фалло. [2-3].

Патогенез

Патологические изменения при ВПС многообразны и обусловлены характером имеющихся анатомических дефектов; степенью нарушения гемодинамики; выраженностью и темпом дистрофических процессов в организме [1].

Ведущими являются два механизма:

1. Нарушение кардиальной гемодинамики: перегрузка отделов сердца объемом или сопротивлением приводит к истощению компенсаторных механизмов, вызывая сердечную недостаточность и нарушение системной гемодинамики.
2. Нарушение системной гемодинамики: полнокровие/малокровие МКК, малокровие БКК приводит к развитию системной гипоксии, запуская каскад патологических реакций [4].

Классификация пороков по анатомическому принципу:

А) Камеры и клапаны сердца находятся в нормальной последовательности соединения и взаимоотношениях.

1. Пороки с преимущественным сбросом:
 - дефекты межпредсердной перегородки;
 - дефекты межжелудочковой перегородки;
 - дефект предсердно-желудочковой перегородки;
 - открытый артериальный проток.
2. Пороки с преимущественным стенозом/обструкцией:
 - отсутствие атриовентрикулярного сообщения;
 - отсутствие или обструкция желудочко-артериального соединения;
 - обструкция магистральных артерий;
 - обструкция венозного возврата.
3. Аномальное положение клапана (аномалия Эбштейна).

Б) Камеры и клапаны сердца находятся в ненормальных (дискордантных) взаимоотношениях и последовательности соединения:

1. Аномальные отношения между предсердиями и желудочками:
 - удвоение входного отверстия желудочка или единственный правый желудочек;
 - атриовентрикулярная дискордантность.
2. Аномалии или нарушение соединения между желудочками и магистральными артериями:
 - тетрада Фалло;

- ДОС ПЖ и ДОС ЛЖ;
- ОАС;
- желудочково-артериальная дискордантность (ТМА).

Клинический случай. Больной С., 33 года, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера на фоне привычной физической нагрузки, подъеме на 2-3 этаж, периодически чувство тяжести за грудиной, ощущение пульсации в области яремной ямки, возникающее спонтанно в состоянии покоя, выраженную общую слабость, постоянное чувство усталости.

Анамнез заболевания: Со слов мамы на 4 день после рождения выявлен ВПС. Открытый артериальный проток. С этого времени наблюдался у кардиолога. Учитывая отсутствие положительной динамики и не зарастающий артериальный проток, пациент в возрасте 3-х лет направлен на консультацию в институт патологии кровообращения г. Новосибирск, где при проведении зондирования была выявлена высокая легочная гипертензия (давление в легочной артерии (ЛА) - 104/60, в аорте - 104/64). Систолическое давление в левом желудочке (ЛЖ) составило 168 мм.рт.ст., при систолическом давлении в аорте 104 ммрт.ст., систолический градиент давления 64 ммрт.ст. Система сосудов ЛА выглядела обедненной, сосуды гипоплазированы. Диаметр легочного ствола 20-22 мм, правой ветви - 10 мм, диаметр незаросшего артериального протока - около 5-6 мм. Диаметр луковицы аорты - 20 мм, аортальный клапан по струе контраста до 3-4 мм. По результатам обследований выставлен диагноз: ВПС. Незаросший артериальный проток с обратным сбросом. Аортальный стеноз. Высокая легочная гипертензия. В оперативном лечении было отказано, учитывая наличие сложного порока и высокой легочной гипертензии. Рекомендовано наблюдение по месту жительства, прием сердечных гликозидов, нитратов, метаболитов. Со слов мамы ребенок рос и развивался нормально, однако часто болел простудными заболеваниями. В возрасте 11 лет перенес инфекционный эндокардит с формированием недостаточности митрального и трикуспидального клапана, после чего состояние больного стало постепенно ухудшаться: появилась одышка, пароксизмы фибрилляции предсердий, по поводу чего к лечению был добавлен кордарон и варфарин. В 2001 г. в возрасте 16 лет пациент направлен в Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, где

проведено протезирование митрального и аортального клапана, перевязка аортального протока. После оперативного лечения пациент чувствовал себя удовлетворительно до 2007 года, когда на фоне интенсивной физической нагрузки рецидивировала фибрилляция предсердий, по поводу чего он неоднократно госпитализировался в отделение ревматологии с ухудшением состояния. Дважды была проведена электроимпульсная терапия в г. Новосибирск (2008 и 2009 гг.). С этого времени кордарон был заменен на сотагексал. Ухудшение состояния отмечается с 2013 г., когда после холецистэктомии, осложнившейся перитонитом, выросла одышка, появился постоянный сухой кашель, нестабильное артериальное давление, с подъемом до 180/100 мм рт. ст., снизилась толерантность к физической нагрузке. В 2014 г. пациент переносит острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу. При обследовании выявлен тромбоз ушка ЛП и протезов митрального и аортального клапанов, рекомендовано оперативное лечение. В г. Москва выполнена чрезпищеводная эхокардиография (Чп-ЭхоКГ), по данным которой подозрение на дисфункцию митрального протеза, высокая легочная гипертензия (146/59 мм рт. ст.). В оперативном лечении на момент госпитализации отказано.

В 2018 г. плановая госпитализация в НИИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с целью коррекции лечения.

Объективное обследование.

Общее состояние пациента удовлетворительное. Активность снижена. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Видимые слизистые чистые. Нормостенического телосложения. Рост - 169 см, вес - 64 кг. Отмечается рубец от срединной стернотомии, лапаротомии. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, ЧДД - 18 в мин. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии звук легочный, аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет. Верхушечный толчок разлитой, в 5 м/р на 2 см от левой срединно-ключичной линии. Эпигастральная пульсация и пульсация в области основания сердца не определяется. Пульс 60 в мин., ритмичный, твердый, наполнение удовлетворительное. Границы сердца правые и левые расширены на 1 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Систолический шум наиболее выражен во 2 м/р слева, усиление 2 тона над ЛА. АД - 105/60 мм рт. ст. Со стороны органов пищеварения и мочевыделительной системы без отклонений.

Данные обследований в настоящее время.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС 60 в мин. ЭОС отклонена вправо. НБПНПГ. Гипертрофия правых отделов сердца.

Рентген: Грудная клетка деформирована, слева межреберные промежутки более широкие. Легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента, более выражен в прикорневых зонах. Аорта гипотонична, сердце оперировано. Талия сглажена. Увеличены правые и левые отделы сердца.

ЭхоКГ: ЛП значительно расширено 51*47*62 мм. ПП значительно расширено 47*62 мм. МПП не изменена. Полость правого желудочка не расширена 31 мм. Полость левого желудочка не расширена 46 мм. Аорта: протез механический пик. 50 мм рт. ст., рег. отс. МК протез механический признаков дисфункции нет. ПП и ПЖ расширены. ТК: створки подвижные. ФК - 36 мм., регургитация 2-3 ст. Р в ПЖ свыше 110 мм рт. ст.

ЧП ЭхоКГ: В полости левого предсердия и особенно левого ушка значительно выражен эффект спонтанного контрастирования, что не исключает мелкие тромботические наложения в трабекулах ушка. Расчетное давление ПЖ 184 мм рт. ст. D - образный левый желудочек, расчетное систолическое давление в правом желудочке - 180-185 мм рт. ст.

При катетеризации правых отделов сердца в 2016 г. данные инвазивного мониторинга давления в ЛА - 102/36/64 мм рт. ст., системного давления - 115/60/73 мм рт. ст. Учитывая тяжесть состояния пациента от катетеризации правых отделов сердца было решено отказаться. Тест 6МХ - ФК 3.

Гематологические исследования: Гемоглобин - 151 г/л, Эр - 5,26*10¹², лейкоц. - 7,28 *10⁹, Тр 178,5*10⁹. Биохимические исследования: билирубин общ. - 35,9 мкмоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин - 78,4 мкмоль/л, глюкоза 5,93 ммоль/л, общий белок - 76 г/л, калий - 4 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.

Исследования гемостаза: АЧТВ - 54,7%, АЧТВ отн - 1,86, фибриноген - 4.21, ПВ(МНО) - 4,75, активности протромбинового комплекса 14%, ПВ - 56,4 сек.

По результатам обследования был выставлен диагноз: Легочная артериальная гипертензия. ФК 3. Состояние после протезирования митрального клапана МИКС-27, протезирование аортального клапана МИКС-21, перевязки ОАП в 2001 г. Пароксизмальность форма

фибрилляции предсердий. Дилатация правых отделов сердца. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. НК 2А, ФКЗ Соп. Состояние после ОНМК от 04.08.2014 г.

Учитывая прогрессирование у пациента легочно-сосудистой болезни и остаточных явлений тромбоза уха ЛП, атрисептостомия не проводилась. Больному показана комбинированная ЛАГ-специфическая терапия (мацитентан, силденафил, варфарин, соталекс, лозартан, диуретики) и наблюдение кардиологом по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рекомендации ESC/ERS по диагностике и лечению легочной гипертензии 2015. Российский кардиологический журнал . 2016 . 5. 5-64 Код доступа <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-5-5-64>
2. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца. Под ред. А.А. Баранова. М. 2015 г. 1-21
3. Национальные рекомендации по ведению детей с врожденными пороками сердца. Под редакцией академика РАН Бокерия Л.А. Москва: 2014 г. 1-356
4. Детская кардиология. Под ред. Дж. Хоффмана. М.: Практика. 2006. 1-543.
5. Сердечно-сосудистые заболевания у новорожденных: кардиологические и хирургические проблемы. Ким А.И., Бокерия Л.А., Подзолков В.П. и др.. Вестн. РАМН. 12. 77-80.

Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю.,
Найданова И.С.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭСТЕТИКИ ЛИЦА ПРИ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин).

Клиника ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (главный врач - к.м.н., доцент А.Г. Шаповалов).

Ортопедическое лечение повышенной стираемости твердых тканей зубов является одной из наиболее сложных задач в практике врача стоматолога-ортопеда [1]. Это обусловлено не только нарушениями функций жевания и звукопроизношения, но и существенным ухудшением лицевой эстетики (старческий вид лица, впечатление

"беззубого рта"). Особые сложности вызывает лечение пациентов с декомпенсированной формой повышенной стираемости, осложненной частичным отсутствием зубов [2, 3]. Лечение таких пациентов требует многоэтапного подхода и должно быть комплексным с участием специалистов различного стоматологического профиля.

Клинический случай.

В стоматологическое отделение № 3 Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА обратился пациент О., 53 года с жалобой на нарушение эстетического оптимума лица, а именно старческий вид и со слов пациента эффект "недовольного, злого" выражения лица. Помимо этого, пациента беспокоили повышенная чувствительность зубов и затрудненное пережевывание пищи.

Пациенту было предложено поэтапное ортопедическое лечение с предварительным восстановлением межальвеолярного расстояния и высоты нижнего отдела лица. Однако пациент отказался от предложенного варианта из-за его многоэтапности и длительности подготавливающего лечения.

При повторном обращении пациента было выяснено, что ему были изготовлены металлокерамические мостовидные протезы на обе челюсти без предварительной подготовки. На верхней челюсти с опорой на 1.6, 1.5 и консольным зубом в области 1.4; с опорой на зуб 2.3 и консольными зубами в области 2.4, 2.5. На нижней челюсти с опорой на зубы 3.5, 3.7 и промежуточной частью в области отсутствующего зуба 3.6; с опорой на зубы 4.4, 4.5 и консольным зубом в области 4.6. Во фронтальном отделе верхнего и нижнего зубного ряда была выполнена художественная реставрация стертых зубов.

Спустя несколько месяцев при объективном обследовании пациента обнаружено разрушение художественной реставрации во фронтальном отделе зубных рядов; разрушение и утрата опорных зубов вместе с ортопедическими конструкциями во II и IV сегменте. Пациент согласен с проведением ортопедического лечения с предварительными подготовительными мероприятиями. Однако отказался от снятия металлокерамических мостовидных протезов в I и III сегменте.

Обследование пациента включало:

- традиционное клиническое обследование;
- изучение диагностических моделей в артикуляторе SAM 3 (особое внимание уделяли на форму зубных рядов, рельеф окклюзионной поверхности, оценке альвеолярного отростка и альвеолярной части);

• На КТ в проекции верхней и нижней челюсти оценивали состояние пульповой камеры и изменения в периодонте сохранившихся зубов (размеры полостей зубов, наличие дентиклей), плотность костной ткани в каждом сегменте. Мезиодистальные размеры альвеолярного отростка во II сегменте в предполагаемом расположении имплантов составил 6-9 мм, альвеолярной части в IV сегменте - 7-10 мм. Расстояние от вершины альвеолярного отростка до дна верхнечелюстного синуса - 5,5 мм и от вершины альвеолярного отростка до нижнечелюстного канала - 13,5 мм.

После проведения необходимых обследований пациенту был выставлен диагноз: декомпенсированная генерализованная повышенная стираемость твердых тканей зубов, смешанная форма, II степень (K03.00 excessive attrition); частичное отсутствие зубов верхней и нижней челюсти, II класс по Кеннеди (K08.1).

После проведения повторного обследования пациента был составлен план комплексного стоматологического лечения. Подготовительные мероприятия были следующие:

- 1) нанесение на фронтальную группу зубов десенсетайзера DeSen (фирма Spident, Южная Корея) в целях снижения гиперчувствительности, восстановление межальвеолярного расстояния на временных съемных конструкциях верхней и нижней челюсти в несколько этапов;
- 2) хирургический этап - дентальная имплантация для восстановления отсутствующих зубов в I и IV сегментах;
- 3) терапевтический этап - подготовка к ортопедическому лечению всех сохранившихся зубов.

Ортопедическое основное лечение заключалось в последовательной фиксации сформированного межальвеолярного расстояния путем создания плотного фиссурно- и режуще-бугоркового контакта с помощью конструкций: Сначала между I и IV сегментом, затем во фронтальном отделе и в завершении между II и IV сегментом.

Задачей первого подготовительного этапа явилось восстановление межальвеолярного расстояния и перестройки миогатического рефлекса путем наложения нескольких временных съемных протезов на верхнюю и нижнюю челюсть последовательно. Межальвеолярное расстояние удерживалось за счет окклюзионного контакта между металлокерамическими протезами в I, III сегментах и искусственными зубами-антагонистами временных съемных протезов.

На верхней челюсти были установлены винтовые импланты с внутренним шестигранником SPI, высотой 10-11,5 мм. На нижней челюсти - ATID, высотой 8-11,5 мм системы α -bio. Через 4 месяца после установки имплантов на контрольной ортопантограмме видно, что импланты полностью интегрированы в костной ткани. Костный рисунок мелкопетлистый.

Фронтальная группа зубов была подготовлена для последующего ортопедического лечения. Корневые каналы obturированы до верхушечного отверстия. Изменений в периодонтальной щели в области опорных зубов не выявлялось. Зубы 1.3, 1.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 были подготовлены для лечения культевыми штифтовыми вкладками, в остальных - были установлены в качестве армирующего устройства стекловолоконные штифты.

Через 4 месяца на нижней челюсти были открыты внутрикостные имплантаты в области отсутствующих зубов 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, удалены заглушки и установлены формирователи искусственной десны. Через 2 недели обнаружено полноценное формирование искусственного десневого контура, без признаков воспаления. На отфрезерованные абатменты в области отсутствующих зубов 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 произведена фиксация металлокерамических коронок с искусственной десной. Это позволило выполнить 1-й этап ортопедического лечения: фиксацию сформированного межальвеолярного расстояния за счет создания надежного фиссурно-бугоркового контакта между коронками в I и IV сегментах.

2-й этап ортопедического лечения начинали изготовлением литых культевых штифтовых вкладок из сплава Scheftner на основе Никеля и подготовкой опорных зубов верхней и нижней челюсти к покрытию металлокерамическими коронками. Металлический каркас припасовывали на опорных зубах. После нанесения керамической облицовки массы Duceram kiss, припасовки металлокерамической конструкции в полости рта и окончательного глазурирования, фиксировали несъемную конструкцию на постоянный стеклоиномерный цемент.

Фиксация несъемных ортопедических конструкций явилась завершением 2-го этапа ортопедического лечения, что позволило обеспечить фронто-сагиттальную фиксацию межальвеолярного расстояния за счет создания режуще-бугоркового контакта во фронтальном отделе зубных рядов.



а б
Рис. 1. Ситуация в полости рта до лечения (а), в день завершения лечения (б)

После завершения формирования контура искусственной десны в проекции внутрикостных имплантатов на верхней челюсти приступили к изготовлению несъемной металлокерамической конструкции, опирающейся на дентальные имплантаты. Фиксация несъемных ортопедических конструкций на дентальные имплантаты в проекции зубов 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 явилась завершением 3-го (окончательного) этапа ортопедического лечения.

Заключение. 3-х этапное ортопедическое лечение позволило обеспечить надежную фиксацию межальвеолярного расстояния по дуге за счет создания множественного фиссурно-бугоркового и режуще-бугоркового контакта зубных рядов. Ортопедическое лечение, предусматривающее восстановление оптимальной высоты нижнего отдела лица, позволило благоприятно повлиять на изменение контуров его мягких тканей. Изменение лицевых параметров соответствовало представлениям пациента и удовлетворило его эстетические требования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ортопедическая стоматология : нац. рук-во / под ред. И. Ю. Лебедеко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 824 с.
2. Трунин Д.А. Проблема ортопедического лечения больных с концевыми дефектами зубного ряда / Д.А. Трунин, М.И. Садыков, А.М. Нестеров [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2018. - Т. 13, № 2. - С. 441-446. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13072>
3. Muhamad, A. H., Nezar, W., & Azzaldeen, A. (2016). Managing congenitally missing lateral incisors with single tooth implants. *Dent Oral Craniofac Res* 2016, 2(4), 318-324.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Юрчук С.В., Жигарева Е.В.

ОРИЕНТАЦИЯ НА ПОТРЕБИТЕЛЯ: РИСКОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ОДИН ИЗ ПРИНЦИПОВ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ГУЗ "КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА"

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница"
(главный врач - к.м.н., главный врач Юрчук С.В.)

"Клиент - это самый важный посетитель. Не он зависит от нас. Мы зависим от него. Он не прерывает нашу работу. Он - цель нашей работы. Он не по ту сторону нашего бизнеса. Он - его часть. Мы не делаем ему одолжение, обслуживая его. Он делает нам одолжение, давая возможность это сделать" (Махатма Ганди, идеолог национально-освободительного движения в Индии).

Здоровье населения определяется как основа национальной безопасности государства. Главной задачей здравоохранения является обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Одним из условий реализации этой задачи является непрерывное повышение качества медицинского обслуживания населения. На современном этапе развития здравоохранения с введением оплаты из средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи за качественно законченный случай лечения заболевания медицинская организация вступает в условия рынка и попадает под действие всех его законов. Главным является персонифицированный подход к своим пациентам, реализуемый путем адаптации под нужды конкретного потребителя предлагаемых услуг, технологий и обслуживания.

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", рассчитана на 223 койки (120 детских и 123 взрослых), оказывает специализированную медицинскую помощь населению Забайкальского края, в том числе консультативную помощь по линии санитарной авиации в лечении наиболее сложных и тяжелых случаев инфекционной патологии. Предназначена для госпитализации больных с различными бактериальными и вирусными инфекционными заболеваниями, обеспечивает надежную изоляцию больных, возможность проведения диагностических и лечебных мероприятий, ис-

ключение перекрестного инфицирования и надлежащее соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режимов. Предусмотрена более полная возможность использования коечного фонда, высокая маневренность больницы, при которой лечебные отделения могут легко перепрофилироваться для госпитализации больных с любыми формами инфекционных заболеваний в зависимости от эпидемической обстановки в крае и потребности в койках.

В своем составе имеет приемно-диагностическое, 5 лечебных отделений, общепольничное отделение, имеющее в своем составе: кабинет инфекционных заболеваний, отделение лучевой диагностики, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический, кабинет гравитационной хирургии крови и массажа; отделение лабораторной диагностики и мониторинга ВИЧ и других инфекций (представленное КД, ИФА, ПЦР отделами), баклабораторию, о/п "Центр профилактики и борьбы со СПИД" выполняющий функции по организации и проведению мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди населения Забайкальского края.

Ежегодно около 8100 пациентов получает специализированную медицинскую помощь, выполняется порядка 420 посещений с профилактической целью кабинета инфекционных заболеваний, 17234 посещения в о/п "Центр профилактики и борьбы со СПИД", около 96000 лабораторных, 3700 рентгенологических и 7100 функциональных исследований.

По состоянию на 1 января 2019 г. в учреждении работали 337 сотрудников, в том числе 53 врача, 119 средних медицинских работников, 58 младшего медицинского персонала, 107 прочего немедицинского персонала.

Продолжая совершенствование системы и методов работы в стремлении повысить качество и результативность, с января 2018 года организация вступила в проект "Внедрение системы менеджмента качества", с целью соответствия сертификационным требованиям ГОСТа ISO - 9001-2015.

Руководство больницы считает, что сотрудники работают эффективнее, когда понимают свою роль и значение в получении результата. И именно в медицинской организации это важно, как нигде, ведь результат - это здоровье людей. Проект призван научить осознавать свою причастность к процессу, самому себя оценивать и мотивировать в труде. Это устойчивое развитие организации, повышение

качества не только медицинской помощи, но и деятельности учреждения в целом, корпоративная культура. И, как итог - полное удовлетворение запроса наших пациентов.

Конечно, возможно самим внедрять систему менеджмента качества, пробовать, планировать, анализировать, действовать, ошибаться и снова анализировать. Но на такие действия уйдет много времени, что будет говорить о неэффективности работы организации. Поэтому руководством больницы было принято решение о ведении проекта экспертами-консультантами. Ими был разработан и представлен план внедрения системы менеджмента качества (диаграмма Ганта), с которого начался и на настоящий момент продолжается процесс последовательно выставляемых и выполняемых задач.

Консультантами проекта предварительно проведено вводное обучение администрации и руководителей подразделений и немедицинских отделов с последующим выдвиганием задач по разделам ГОСТа. Четкое и грамотное методическое руководство, систематическое консультирование, скайп лекции и совещания, контроль за выполняемыми заданиями, а также ответная активная деятельность административно-управленческого аппарата, руководителей разного уровня структурных медицинских и немедицинских подразделений и отделов позволяют коллективу эффективно двигаться к назначенной цели.

Администрацией и руководителями подразделений проведен подробный анализ деятельности организации, разработаны миссия, политика, философия, определены основные стратегические задачи, откорректированы концепция развития и стратегический план на предстоящий год. Начата разработка стандартных операционных процедур регламентирующей деятельность персонала по различным как медицинским, так и немедицинским направлениям. Пересмотрена номенклатура услуг, разработаны медикотехнологические стандарты, начата разработка стандартов организации, составление паспортов процессов

Важным направлением при выполнении требований стандарта ISO явилась работа по идентификации и составлению реестра рисков каждого структурного подразделения, и как итог работы по данному вопросу всей медицинской организации, с последующим анализом и составлением плана предупредительных мероприятий - так называемый рискоориентированный

подход в деятельности. Анализируя реестр рисков, сложно выделить самый важный - любой из них крайне нежелателен для больницы и несет последствия.

Рассмотрим для примера несколько рисков и их последствий для отделений и учреждения в целом, входящих в реестр, по которым ведется планомерная работа:

- Кадровые риски - уход квалифицированного сотрудника или любого рядового сотрудника в период дефицита кадров, а тем более сотрудника, выполняющего уникальную услугу, оказываемую организацией - такая проблема может отразиться на деятельности структурного подразделения и всего учреждения в целом - увеличение интенсивности (напряженности) работы, рост дефектов, несоответствий и, как следствие, недоплаты ТФОМС, штрафные санкции контролирующих органов, увеличение времени оказания медицинских услуг, жалобы пациентов (законных представителей) - серьезный перечень последствий, которые могут произойти.
- Риски, связанные с оборудованием - сбой в работе медицинского и немедицинского оборудования - ведут к росту дефектов, несоответствий, недоплатам ТФОМС, штрафным санкциям, увеличению времени оказания медицинских услуг, дополнительным финансовым расходам на ремонт или приобретение нового оборудования, жалобам пациентов или их родственников (законных представителей). В больнице насчитывается порядка 1200 единиц медицинского оборудования - поэтому такой риск как актуален, так и очень нежелателен.
- Технологические риски - отключение электроэнергии - отключение, некорректная работа приборов, медицинского/немедицинского оборудования, персональных компьютеров, увеличение времени приема пациентов, несвоевременное оказание неотложной помощи, несоблюдение норм санитарно-эпидемиологического режима, вероятность возникновения ИСМП, дополнительные финансовые затраты, жалобы со стороны пациентов (законных представителей) - это лишь небольшой перечень последствий, которые могут быть в данном случае.
- Клинические и условно клинические риски - возникновение ИСМП - увеличение срока лечения, госпитализации пациента, дополнительные финансовые затраты на лекарственные средства и медицинские изделия, наступление юридической ответственности, внепла-

новые проверки контролирующих органов и снова штрафные санкции, жалобы со стороны пациентов, родственников или их законных представителей.

Таким образом, рассмотрев весь перечень рисков, мы видим такие последствия, как жалобы от пациентов, их родственников и их законных представителей в каждом пункте. То есть любой риск, любая ошибка в медицинской и даже немедицинской деятельности ведет к неудовлетворенности потребителей (пациентов), что отрицательно влияет на всю работу организации (внеплановые проверки, недоплаты, штрафы, негативный морально-психологический климат в коллективе) и сказывается на его имидже.

Руководство больницы на протяжении последних лет активно развивает рискориентированное мышление у всех сотрудников независимо от должности - от заведующих отделениями, старших медицинских сестер до рядовых врачей, медицинских сестер, санитарок, сантехников, электриков и прочего немедицинского персонала. Проведя анализ выполняемых мероприятий можно с уверенностью сказать, что в предыдущие годы была сформирована и успешно реализована целая система предупреждающих действий, направленных на удовлетворенность пациента - так называемая "пациентоориентированность" процессов.

Подготовка персонала, управление инфраструктурой, внутренние аудиты - все это часть рискориентированного подхода в управлении организацией. Разные процессы, продукты и услуги представляют разные уровни риска, но все они, безусловно, влияют на оказание выполнения основных целей организации, а именно - оказание качественной медицинской помощи пациентам.

С целью контроля и повышения качества оказываемой медицинской помощи пациентам в краевой клинической инфекционной больнице выполнен и реализуется целый комплекс мероприятий. Сложность лечения в инфекционном стационаре, обоснована особым санитарно-противоэпидемическим режимом. Поэтому наши пациенты должны не только получить лечение в полном объеме и должного качества, но и чувствовать себя комфортно - насколько это возможно в режимном учреждении. Для этого разработана и оформлена маршрутизация, регулярно проводятся административные обходы, оформлены информационные стенды, в каждом структурном подразделении есть книга жалоб

и предложений, которая внимательно изучается, круглосуточно работает телефон доверия, номер которого расположен на сайте организации и во всех доступных для пациентов и ухаживающих местах. С целью соблюдения сроков ожидания при приеме пациентов в стационар, а также исключения перекрещивания инфекций внутри больницы, организованы и работают четыре приемно-смотровых бокса, отработан четкий алгоритм распределения потоков пациентов с различными инфекциями в отделения. Для обеспечения надежной изоляции больных с различными бактериальными и вирусными инфекционными заболеваниями, с целью исключения перекрестного инфицирования, а также соблюдения санитарно-гигиенических и противоэпидемических режимов оборудован отдельный бокс под госпитализацию пациентов с подозрением на ООИ. С целью улучшения качества оказания медицинских услуг в выходные и праздничные дни по графику организованы дежурства старших медицинских сестер отделений, решающих любые вопросы, касающиеся пребывания пациентов и их законных представителей в стационаре. В каждом лечебном отделении работают профильные школы, обучающие пациентов и ухаживающих вопросам профилактики заболеваний, правилам ухода за детьми, приема лекарственных средств, правильному питанию и вопросам реабилитации при инфекционных заболеваниях на всех этапах. В течение года пациентов и ухаживающих активно анкетируют на предмет их удовлетворения качеством получаемых в медучреждении услуг разные специалисты: заместитель главного врача по КЭР, старшие медицинские сестры отделений, диетсестра, психолог учреждения. Диагностика проводится во всех отделениях, чтобы выявить средний индекс удовлетворенности по учреждению, на бумажных носителях и с помощью планшета. Средний балл на сегодня составляет более 80%, что является высоким показателем - и это указывает на достоверность полученных данных. Выявленные "проблемы" тщательно анализируются и планомерно исправляются. Как правило, пациенты недовольны предоставляемым питанием. Но тут важно понимать, что рассчитывать на кулинарные изыски не стоит, поскольку еда готовится с учетом специальных диет. Для быстрого выздоровления и реабилитации необходим комплекс определенных мер, в том числе и правиль-

ное, сбалансированное питание, поэтому работа профильных школ с включением темы по правильному питанию является одним из способов предупреждения таких жалоб.

Важное значение имеет подготовка персонала. Администрация больницы систематически активно проводит предупреждающие дефицит кадров мероприятия: профориентационную работу в виде выходов руководства, главной и старших медицинских сестер на встречу с выпускниками, "дни открытых дверей" в учреждении с выпускниками медицинской академии и медицинского колледжа, заключает договоры на подготовку по государственному заказу среднего медицинского персонала с выплатой стипендий по результатам обучения (на "хорошо" и "отлично") как на очном, так и на очно-заочном отделениях. Прибытие таких специалистов на рабочие места составляет 100% и обеспечивает учреждению решение кадровых проблем. В среднем ежегодно на разных курсах Читинского медицинского колледжа обучается 5-6 человек по специальности "Сестринское дело" и прибывает 2-3 специалиста, подготовленных на последних курсах по специальности "Сестринское дело в педиатрии", являющейся наиболее проблемной в вопросе нехватки кадров. Впервые в 2018 году применили такой стимул, как выплата подъемных финансовых средств (в размере 30000 рублей), которые молодой специалист получает после окончания очного отделения учебного медицинского заведения по прибытию на рабочее место. Для активных, инициативных молодых специалистов с высшим образованием используется такой способ как оплата съемного жилья. В учреждении приказом утверждены институт и школа Наставничества для врачей и среднего медицинского персонала, позволяющие адаптировать как молодых специалистов, так и сотрудников, недавно устроившихся на работу. Вот тут "в помощь" и наставникам и их ученикам - разработанные стандартные операционные процедуры и медико-технологические стандарты. Они "реально" работают, потому что разработаны с указанием мельчайших подробностей порядка действий сотрудников, что дает пользу и персоналу и в первую очередь пациентам. В течение двух лет в больнице работает психолог по работе с персоналом, который проводит не только обучение вопросам эффективного общения с пациентами и коллегами, профилактики эмоционального выгорания, но и командо-

образующие тренинги, что положительно влияет на снижение текучести кадров в организации. Все проводимые мероприятия постоянно анализируются, выявляются проблемы, составляется план по улучшению деятельности.

С целью профилактики техногенных рисков в больнице заключены договоры на техническое обслуживание медицинского оборудования, систем кондиционирования и вентиляции. Для развития и эффективной работы лабораторной службы приобретена и внедрена лабораторная информационная система, позволяющая автоматизировать процесс лабораторной диагностики и составления отчетов, получать достоверную информацию по результатам исследований, минимизировать ошибки человеческого фактора, осуществлять взаимосвязь отделов, хранить архивные данные, при необходимости без особых затрат многократно получать дубликаты исследований. С целью развития процесса "бережливого производства" приобретена и внедряется система "1С документооборот государственного учреждения".

Для повышения эффективности оказания медицинских услуг и улучшения оказания медицинской помощи населению продолжено внедрение ip-телефонии в организации. Организована запись на амбулаторный прием через сеть интернет. Отделение реанимации и интенсивной терапии оборудовано системой оповещения медицинского персонала (постовая медицинская сестра от пациента с помощью кнопки вызова получает уведомление на табло с указанием номера палаты).

Подключена, освоена и используется в работе в о/п ЦСПИД программа Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения МЗ РФ ВИЧ-инфицированных (регистр ВИЧ-инфицированных), которая позволяет вести единый учет всех ВИЧ-инфицированных на территории РФ, обмениваться информацией по пациентам между субъектами РФ, своевременно перераспределять лекарственные препараты с истекающим сроком годности или невостребованные между субъектами РФ, проводить ведение мониторинга расходования противовирусных препаратов и лабораторных тест-систем.

Выполняя требования стандарта ISO, провели закуп и составили план внедрения системы идентификации пациента (первично для детей находящихся без законных представителей, для пациентов ОРИТ).

Спустя 10 месяцев от начала проекта администрацией больницы были проведены подготовительные мероприятия: подготовлены сотрудники из рядов руководителей структурных подразделений, в том числе немедицинских по вопросам проведения внутренних аудитов, составлена и исполнена в полном объеме программа проведения внутренних аудитов. Именно проведенные внутренние аудиты позволили нам не только выявить слабые места и провести корректирующие действия в преддверии проведения внешнего аудита, но и еще больше сплотили коллектив, повысили корпоративную культуру организации.

Долгожданным и желанным итогом проекта стало успешное проведение внешнего аудита Ассоциацией по сертификации "Русский Регистр" системы менеджмента качества на соответствие требованиям ISO 9001:2015 и ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и присвоение краевой инфекционной больнице первой из государственных медицинских организаций края международного сертификата качества ISO, который был вручен на торжественном мероприятии накануне Нового 2019 года министерством здравоохранения Забайкальского края, с поздравлением коллектива с заслуженной наградой.

Подводя итоги, сегодня можно сказать: это была очень сложная ответственная работа, требующая дополнительного времени, поскольку основная задача медицинских специалистов - лечение пациентов, а сотрудников немедицинских отделов - обеспечение жизнедеятельности организации по различным направлениям, ведь от того, насколько правильно будут стандартизированы и задокументированы действия сотрудников зависит конечный результат - оказание качественной медицинской помощи нашим пациентам. Нельзя сказать, что не было трудностей в реализации проекта. В первую очередь это отсутствие знаний на входе в проект по вопросам системы менеджмента качества, нежелание и сопротивление части сотрудников новым изменениям в работе, необходимость дополнительной методической работы сверх своей привычной. Все эти трудности в процессе реализации проекта нам всем вместе удалось победить. Тем более значительным для всех сотрудников стал долгожданный и желанный итог проекта - международный сертификат качества ISO. Выигрывают от этого прежде всего пациенты, поскольку растет как статус больницы на Российском и

международном уровне, так и качество их обслуживания. Кроме того, выигрывают в этом "марафоне" и сами сотрудники, и, конечно, администрация. Именно в медицинской организации это важно, как нигде, ведь наш результат - это здоровье людей. Проект научил наших специалистов осознавать свою причастность к процессу, самим себя оценивать и мотивировать в труде. В перспективе это дает устойчивое развитие организации, повышение качества не только медпомощи, но и деятельности учреждения в целом, корпоративной культуры. И, как итог - полное удовлетворение запроса наших пациентов. Организация будет проходить ежегодный внешний аудит на соответствие системе менеджмента качества. Это значит, что новые подходы должны будут стать привычным образом жизни. Но только так можно добиться долговременного результата.

К ЮБИЛЕЮ

СИЛА В ЛЮБВИ К ПРОФЕССИИ

(к юбилею кандидата медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой патологической анатомии ЧГМА, заслуженного врача Республики Бурятия, действительного члена Тихоокеанской морской медицинской академии и академика Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы *Валентина Павловича Смекалова*)



Валентин Павлович Смекалов родился 16 мая 1939 года в Ленинграде. Его отец Павел Иванович и мать Анна Зиновьевна жили в коммунальной квартире, которая находилась рядом с Московским вокзалом на улице Восстания д.1 возле Невского проспекта. Павел Иванович был лейтенантом войск ПВО, сражался на легендарном Невском пятачке, был участником трех войн - Финской кампании, Великой Отечественной войны и войны с Японией. Мама, Анна Зиновьевна - уроженка села Арболово Ленинградской области, работала на фабрике швей, шила шинели. Все военные годы семья жила в Ленинграде. Когда началась блокада, *Валентину Павловичу* было чуть больше 2 лет. Все 872 дня семья провела в осажденном городе. 12 марта 1941 года в семье Смекаловых родился второй ребенок, сестра Валентина Павловича - Нина, поэтому в годы блокады мама была в декрете и всё время находилась с детьми. Отец был единственным кормильцем, и армейский паёк, который он получал, отдавал в семью, помогал выжить. После окончания войны, летом 1946 года Пав-

ла Ивановича перевели в Забайкальский военный округ для участия в урегулировании военного конфликта после Японской войны. Зимой, вслед за ним, в Читу переехала и жена с детьми. Только две четверти первого класса *Валентин Павлович* проучился в Ленинграде, с переездом в Читу продолжил обучение в начальной школе № 32, потом учился в школе № 5, а после объединения мальчиков и девочек в совместные учебные заведения, обучался в школе № 4. Павел Иванович был демобилизован в 1956 году. Семье Смекаловых предлагали вернуться в Ленинградскую область - в деревню, откуда призывался Павел Иванович. Отец Валентина Павловича неоднократно писал в Правительство о том, что семья жила в Ленинграде, но жильё семье полагалось по месту прописки. Таким образом, родители *Валентина Павловича* решили остаться в Чите.

В 1956 году *В.П. Смекалов* окончил школу. В Чите было два вуза - педагогический и медицинский, выбор *Валентина Павловича* пал на только что открывшийся Читинский медицинский институт. Это был четвёртый набор. Будучи студентом старших курсов, он работал помощником прозектора в дорожной больнице ст. Чита 1, интересовался микроскопической диагностикой. В студенческие годы стал увлекаться патологической анатомией и фанатично предан этой науке по сей день.

В 1962 г. *Валентин Павлович* успешно окончил ЧГМИ. В течение трех лет по распределению работал сначала в Чернышевской районной больнице, а затем в МСЧ посёлка Букача в должности терапевта, цехового врача на шахте № 2, рентгенологом, но при этом неизменно исполнял обязанности патологоанатома в медсанчасти. *Валентин Павлович* интенсивно учился и повышал свою квалификацию: прошел первичную специализацию по рентгенологии, овладел основами прозекторского дела. Благодаря регулярно проводимым клинико-рентгено-морфологическим исследованиям он получил опыт, способствующий повышению врачебной квалификации. В 1965 году приказом Читинского облздравотдела он был переведен в Читинский медицинский институт на кафедру патологической анатомии на должность исполняющего обязанности ассистента. В это время *В.П. Смекалов* много работал по изготовлению макропрепаратов для патологоанатомического музея на кафедре. Работал старшим преподавателем, а после - доцентом. С

1969 по 1972 гг. *Валентин Павлович* обучался в целевой аспирантуре на кафедре патологической анатомии Оренбургского медицинского института. Под руководством профессора Л.А. Черкасского в 1974 году в Башкирском медицинском институте он успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему *"Регенераторные и пролиферативные процессы в костях лабораторных животных под влиянием кортизола и половых гормонов"*.

В стенах родной альма-матер *Валентин Павлович* проявил незаурядные организаторские способности. И сегодня, проректор по учебно-воспитательной работе, доцент О.В. Ходакова подчеркивает, что *"основным богатством Читинской государственной медицинской академии, обеспечивающим на протяжении многих лет результативность ее деятельности, являются преподаватели, щедро передающие свой профессиональный опыт и знания новым поколениям студентов. Безусловно, к этой славной плеяде принадлежит профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии Валентин Павлович Смекалов"*.

С 1974 года он активно участвовал в руководстве вузом, последовательно исполняя обязанности общественного декана, заместителя декана, декана лечебного факультета. С 1983 по 2001 гг. он работал проректором по учебно-воспитательной работе ЧГМИ. При его участии были разработаны и внедрены додипломная договорная подготовка медицинских кадров по заказу ведомств и основные направления последипломного дополнительного образования. Также был создан факультет повышения квалификации специалистов с соответствующим лицензированием и правом выдачи сертификатов специалистов, усовершенствована профориентационная работа среди молодежи с организацией лицейских классов и классов с углубленной медико-биологической подготовкой в городах и районах Читинской области. Являясь первым заместителем ректора, *Валентин Павлович* внес значительный вклад в развитие материальной базы ЧГМИ: за время его работы построены морфологический учебный корпус, два девятиэтажных студенческих общежития. Заслугой *Валентина Павловича* является ещё и тот факт, что в 1995 году Читинский государственный медицинский институт стал Читинской государственной медицинской академией. С 1988 года и по настоящее

время В.П. Смекалов работает заведующим кафедрой патологической анатомии ЧГМА. Вот что говорит о нем профессор Н.И. Богомолов: *"Валентин Павлович - образец чиновника, педагога, управленца. Он обладает чудовищной выдержкой, терпением, умеет выслушать человека до конца, принять адекватное решение, если это зависит от него. Трогательная забота о студентах, тяжелейшая работа в общежитии, где он всегда находил решения и людей, которые могли контролировать обстановку, пресекать неправомерные действия - всё это в нем было и есть"*.

Педагогическая и научная деятельность *Валентина Павловича* была тесно связана с большой общественной работой: он был членом партийного бюро факультета, начальником штаба трудовых дел, председателем центрального методического совета, членом бюро центрального райкома КПСС, депутатом районного Совета народных депутатов. И в настоящее время *Валентин Павлович* активно участвует в общественной жизни академии, он является председателем цикловой методической комиссии кафедр морфологического профиля, членом ЦКМС, членом редакционного совета "Забайкальского медицинского вестника", редактором раздела "Медицинская наука".

В 1993 году *В.П. Смекалов* получил звание профессора.

Как педагог *Валентин Павлович* обладает высокой культурой, широкой эрудицией, отличается индивидуальным стилем работы и в итоге добивается высоких результатов в обучении, воспитании и развитии студентов. Ректор ЧГМА, профессор А.В. Говорин пишет, что *"Валентин Павлович - удивительный человек. Он отличается широкой эрудицией, творческим подходом к любому делу, он очень трепетно относится к истории своего народа, края и Родины. Он является составителем не одного десятка энциклопедий и сборников различного уровня. Совмещая работу преподавателя, наставника, прекрасного врача-клинициста и писателя-энциклопедиста, он всегда находит время рассказать школьникам и студентам о Великой Отечественной войне, о блокаде Ленинграда, о жизнестойкости, воле и патриотизме русского народа. Пережив блокаду Ленинграда, будучи ребенком, ему есть, что передать подрастающему поколению, за что ему огромное спасибо и низкий поклон!"*



День открытых дверей 2018 г.

На протяжении всей преподавательской деятельности он уделяет большое внимание постоянному совершенствованию учебного процесса на кафедре. Все читаемые им лекции для студентов сопровождаются мультимедийными презентациями и отличаются глубиной и современностью изложения материала, иллюстративностью, доступностью. На кафедре введена система стендовых лекций, которые оказывают большую помощь студентам, пропустившим занятие или не успевшим его законспектировать, создан аудио-телевизионный учебный комплекс, компьютерный класс. Велик личный вклад *Валентина Павловича* в подготовку врачей-патологоанатомов через интернатуру и клиническую ординатуру. Им создан сертификационный цикл с полным учебно-методическим обеспечением для врачей-патологоанатомов. Коллектив кафедры и лично *Валентин Павлович* активно сотрудничают с патологоанатомическим бюро в учебном, научном и практическом направлениях, оказывают большую помощь в организации и проведении клиничко-анатомических конференций, семинаров и других форм повышения квалификации врачей-патологоанатомов. Как специалист высокой квалификации В.П. Смекалов является председателем Читинского научного общества врачей-патологоанатомов, членом учебно-методической комиссии по патологической анатомии МЗ РФ. Тесное сотрудничество кафедры с Забайкальским Краевым (областным) патологоанатомическим Бюро позво-

лило в последние годы значительно активизировать научно-исследовательскую работу студентов, клинических ординаторов и интернов. На базе ЗКПаБ студенты под совместным руководством сотрудников кафедры и врачей патологоанатомов проводят клиничко-анатомический анализ наиболее актуальных для нашего региона видов патологии (сердечно-сосудистые, цереброваскулярные заболевания, онкология, ВИЧ-инфекция, туберкулез). В процессе выполнения научной работы в бюро (по времени это, как правило, целый семестр) студенты знакомятся с патологоанатомической документацией, изучают причины и категории расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов. Исследовательская работа студентов на базе бюро имеет большое воспитательное значение, повышает мотивацию студентов к обучению и пониманию ими сложности и ответственности работы врача любой специальности.

Научно-исследовательская деятельность *Валентина Павловича* направлена на изучение патогенеза и морфологии эндемичных болезней Забайкалья (болезнь Кашина-Бека, селенодефицитная дилатационная кардиомиопатия), гипоселенозы, клиничко-анатомический анализ летальности и морфологическая диагностика различных заболеваний в лечебных учреждениях Читинской области, проблемы регенерации тканей и органов человека. Им впервые была описана патоморфология Кешанской болезни на секционном материале и в эксперименте на лабораторных животных. *Валентин*

Павлович - врач-патологоанатом высокой квалификации, учёный, активно интересующийся всеми современными достижениями медицины. Профессионально работая с компьютером, он владеет огромной информацией по патологической анатомии и другим клиническим дисциплинам, широчайшим собранием иллюстративного материала по морфологии болезней и патологических процессов. При непосредственном участии Валентина Павловича создан и работает уникальный музей макропрепаратов, выполняющий функцию образовательного медицинского музея, служащий наглядной пропагандой основ здорового образа жизни среди молодежи.

Валентин Павлович увлеченно пропагандирует исторические краеведческие знания в области медицины и здравоохранения: в настоящее время активно освещает вопросы истории Читинской государственной медицинской академии - о ее сотрудниках и выпускниках, является ответственным редактором и автором статей "Малой энциклопедии Забайкалья" ("Наука и образование") и "Малой энциклопедии Забайкалья" ("Здравоохранение и медицина"). По инициативе Валентина Павловича, совместно с кафедрой гуманитарных наук в академии создан мемориал "Бессмертный полк ЧГМА" с высеченными именами ушедших когда-то из жизни фронтовиков-медиков. Информацию о них Валентин Павлович по крупицам собирал почти десять лет. Ежегодно в стенах

ЧГМА при его непосредственном участии проходит акция "Бессмертный полк Читинской государственной медицинской академии". Вот что написала Н.Ю. Калашникова, проработавшая с ним не один десяток лет: *"Память его большого сердца - от блокадного детства до сегодняшнего мирного дня - это драгоценность, которую мы бережно храним и передаем от поколения к поколению. Ведь одной из главных своих заслуг Валентин Павлович считает открытие в ЧГМА мемориальной доски..."*.

Как житель блокадного Ленинграда, Валентин Павлович Смекалов имеет статус ветерана Великой Отечественной войны - он традиционно проводит встречи со школьниками, студентами, выпускниками академии, на которых рассказывает об участниках и ветеранах ВОВ. Он является научным руководителем многих студенческих работ на межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых учёных "Медицина завтрашнего дня". В 2017 г. проект студентов ЧГМА, под научным руководством В.П. Смекалова стал победителем на Первом всероссийском форуме "Мы патриоты!"

В деятельности В.П. Смекалова большое место занимают вопросы подготовки научно-педагогических кадров. Под его руководством подготовлена морфологическая часть 5 кандидатских диссертаций и 1 докторская диссертация. Валентин Павлович автор 483 научных



Открытие мемориала 2010 г.



Со студентами стоматологического факультета

работ, включая научно-исследовательские и научно-методические пособия, монографии, статьи из специализированной периодики. Валентин Павлович врач-консультант Забайкальского краевого патологоанатомического бюро, член аттестационной комиссии министерства здравоохранения Забайкальского края по патологической анатомии, имеет авторское свидетельство на изобретение, 1 рационализаторское предложение, член учебно-методической комиссии по патологической анатомии МЗ РФ (1995).

Валентин Павлович действительный член Тихоокеанской морской медицинской академии и академик Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы.

С 1964 г. с *Валентином Павловичем* рука об руку по жизни идёт его жена - Людмила Петровна. Супруги Смекаловы на протяжении многих лет осуществляли совместную плодотворную научную деятельность. Людмила Петровна долгие годы работала ассистентом на кафедре оториноларингологии. Она является соавтором научных работ своего супруга. По стопам именитого отца пошла и дочь - Фалько Елена Валентиновна, кандидат медицинских наук, доцент, врач высшей категории, врач-косметолог.

Валентин Павлович увлеченно занимается фотографией. Умение воспринимать и высоко ценить природу появились у него еще в молодости. В своих работах он передает скры-

тую красоту, уникальность и природное богатство Забайкальского края. Ряд его фоторабот посвящён основным этапам строительства храма во имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Валентин Павлович активно ведёт здоровый образ жизни. Ежедневные обливания холодной водой дают ему колоссальный заряд бодрости и энергии. "В.П. Смекалов реализует важнейший девиз жизни - "Хочешь быть здоровым - будь им!" - пишет о нем первый проректор ЧГМА, профессор Ю.А. Ширшов.

Заслуги *Валентина Павловича* высоко оценены государством. Он награжден многочисленными медалями, почетными грамотами и благодарственными письмами.

И.В. Губанова и Е.П. Москалева, сотрудники музея истории ЧГМА пишут, что "в одном человеке соединились чувство истинного патриотизма, методичность учёного, азарт первооткрывателя, въедливость архивариуса, дар рассказчика и талант педагога. И то, что в нашем вузе на протяжении многих лет работает такой человек - большая удача для всех нас: сотрудников, педагогов, студентов". И это действительно так: постоянное самосовершенствование, огромное трудолюбие, самоотдача в работе, требовательность к себе и к людям в сочетании с чуткостью и дружеским расположением принесли Валентину Павловичу заслуженное уважение

и любовь сотрудников и студентов ЧГМА.

Глубокоуважаемый Валентин Павлович, от всей души поздравляем Вас с этим славным юбилеем и желаем крепкого здоровья, оптимизма, творческого вдохновения, любви и благополучия Вам и Вашим близким!

ЛИТЕРАТУРА:

1. Валентин Павлович Смекалов // Детство, опаленное войной. Книга документальных свидетельств детей Великой Отечественной войны. Кн. 2 / ред. Л.И. Гвоздева, Г.М. Клопова, Р.Д. Самойлова [и др.]. - Чита, 2019. - С. 31-32.
2. Валентин Павлович Смекалов : биобиблиографический справочник / сост. Н.В. Капустина, Е.Б. Сучкова, Н.В. Мурзина. - Чита : Научная библиотека ЧГМА, 2019. - 140 с. - (Учёные ЧГМА).
3. Лавренова В.В. 60 лет со дня рождения проректора по учебно-воспитательной работе ЧГМА, заведующего кафедрой патологической анатомии профессора В.П. Смекалова (1939 г.) / В.В. Лавренова // Календарь знаменательных и памятных дат / сост. Р.И. Цуприк. - Чита, 1999. - С. 60-63.
4. Лавренова В.В. Забайкальский ленинградец / В.В. Лавренова // Будьте здоровы. - 1999. - № 5. - С. 6.
5. Поздравляем юбиляра // Медик Забайкалья. - 1989. - № 19-20. - С.1.
6. Смекалову Валентину Павловичу, заведующему кафедрой патологической анатомии 65 лет / ректорат ЧГМА // Забайкальский медицинский вестник. - 2004. - № 2. - С. 69-70.

Капустина Наталия Викторовна, заведующая информационно-библиографическим отделом научной библиотеки ЧГМА

Зенкова Татьяна Леонидовна, к.филос.н., заведующая научной библиотекой ЧГМА

ЭТО ИНТЕРЕСНО

СВЕТОФОРЫ, ДАЙТЕ ВИЗУ...

Сегодняшний и завтрашний день забайкальской Скорой помощи.

От их работы зависит главная ценность на Земле - человеческая жизнь. Благодаря им тысячи людей были спасены, а порой спасенные даже не успели разглядеть или расспросить тех, кто днем и ночью, в любое время года, в любую погоду спешит на помощь больным и пострадавшим забайкальцам, взрослым и самым маленьким, в самых отдаленных населенных пунктах нашего большого края. Но когда мимо нас с оглушительной сиреной мчит машина "Скорой помощи" и счет времени идет на минуты и секунды, мы всегда мысленно желаем, чтобы все закончилось хорошо.

Этот рассказ не о славном многолетнем прошлом читинской скорой медицинской помощи, об этом написано уже немало. Речь пойдет о сегодняшнем и завтрашнем дне этой отрасли медицины, стоящей на самой передовой позиции в борьбе со смертью и тяжелыми заболеваниями. Если применить военную терминологию, то я сейчас нахожусь в "штабе" - Центральной станции скорой помощи в Чите, на улице Шилова. Побеседуем с руководителем, главным врачом, моим однокурсником Николаем Коноваловым. Организационного опыта ему не занимать, на нашем курсе 1985 года выпуска ЧГМИ он первым стал главным врачом. Это был далекий 1990 год, место было непростое - детская дорожная больница. "Скорой помощью" Николай Николаевич руководит три года, много сделано, но еще больше работы предстоит впереди. Главный врач Коновалов умело сохраняет все то хорошее, что было внедрено его предшественниками (Комаров, Кирюшкин, Парте, Знаменский), и внедряет в работу забайкальской Скорой помощи новейшие технологии. Слово ему: "Сегодня нашу работу невозможно представить без информационных технологий, которые эффективно работают. Все бригады оснащены тройной страховочной системой связи: два мобильных телефона, цифровая рация, планшет. Машины оборудованы навигационной системой "Глонасс" и системой "Сигма - Поиск", по которой можно отследить маршрут. Дежурная смена длится 24 часа, за сутки в среднем поступает



Идет прием экстренного вызова

280 - 310 вызовов, а в зимнее время, особенно в период эпидемий, доходит и до 500 вызовов за смену".

Про планшеты - отдельно. Именно в этот современный медицинский гаджет заносится вся информация по больным и пострадавшим. В планшет введена геолокация, позволяющая кратчайшим путем добраться до цели. В нем имеются протоколы и стандарты оказания помощи при всех критических и жизнеугрожающих состояниях. На сегодняшний день подобная методика работы освоена только в пяти российских регионах, ближайший к нам - Новосибирск. Лучшее программное обеспечение обошлось в пять миллионов рублей в 2018 году, немало приходится платить за техподдержку, но результаты уже есть! На станции успешно работает электронный документооборот.

Мы заходим в диспетчерскую - "центр управления полетами", если можно так выразиться. Пять диспетчеров отвечают на телефонные звонки непрерывно, телефоны звонят без остановки. Вся информация фиксируется, все автомобили видны на большом цифровом экране. У диспетчеров самая трудная задача - сориентироваться и в кратчайшее время принять решение. На помощь всегда готовы прийти старший врач и врачи консультативного отдела, берущие на себя самые сложные вызовы.

В просторном светлом гараже стоит... одна машина, да и та на ремонте, все на вызовах. Всего в наличии 29 машин, в августе 2019 года ожидается еще 12. В здании почетное место занимает учебный центр, в котором основам скорой медицинской помощи обучаются медики, будущие и настоящие. Есть эксперт-

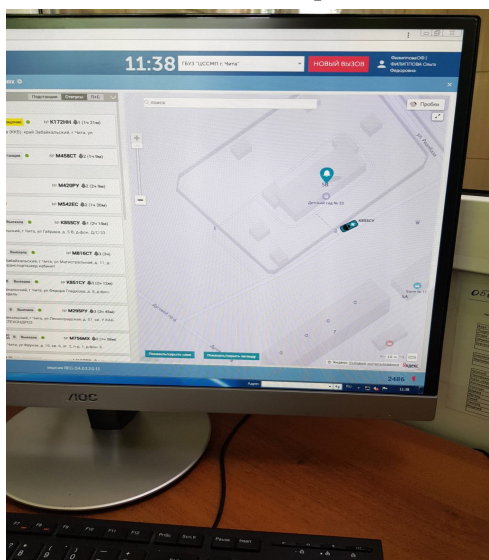


Диспетчерская - "центр управления полетами"

ный отдел, отвечающий за внутренний контроль качества. В РФ создание подобных отделов пока на стадии обсуждения.

Продолжает рассказ начмед по лечебной работе Дмитрий Татауров: "Два года назад нами была задумана концепция развития всей службы скорой и неотложной помощи Забайкалья. Суть в централизации и едином подчинении всех бригад скорой помощи региона ЕДЦ - единому диспетчерскому центру (в крае 103 круглосуточные бригады). Предполагается на первом этапе создание единого информационного пространства на территории края, подключение всех медорганизаций к системе, внедрение электронного документооборота (планшеты), создание десяти МДЦ - межрайонных диспетчерских центров. На втором этапе - создание ЕДЦ и определение оптимальной маршрутизации пациентов с учетом профильности ЛПУ. Первый этап уже реализуется - Шилка и Могоча приобрели планшеты и программное обеспечение, для остальных районов деньги выделены. Сроки реализации концепции - 2019 - 2024 годы. Основная задача концепции - обеспечение равной доступности современных медицинских технологий для населения". Концепция поддерживается федеральным центром, успешно работает в Московской области.

В Чите в сутки выходит на линию до 26 бригад (из них 4 врачебные). Нагрузка на бригаду колоссальная - до 14 вызовов в сутки! Если хотите, перемножьте число вызовов на число бригад, а потом на 365 дней в году. Получится число, сопоставимое с третью проживающих в Чите людей. И на каждом вызове идет невидимая для всех борьба за жизнь че-



Полная информация на экране



Главный врач Николай Коновалов:
"Забайкальская скорая помощь
устремлена в будущее"

ловека! В короткие перерывы удается отдохнуть и попить чай в уютных комнатах отдыха. На сегодняшний день на станции в Чите трудится около 500 человек: 76 врачей, 194 фельдшера и медицинских сестер, 106 водителей. Я говорил про результаты, вот некоторые: количество подстанций увеличено с 3 до 6; время доезда менее 20 минут увеличилось с 85,2% в 2017 году до 91,8% в 2018; доезд до ДТП до 20 минут увеличился с 84,6% в 2017 году до 94,4% в 2018. Предполагается переезд в другое, более комфортное для работы, пятиэтажное здание на улице Казачей, выделено более 52 миллионов рублей на ремонт.

Вот такая сегодня служба скорой помощи в Чите - современная, цифровая, высокотехнологичная. Накануне профессионального праздника хочется пожелать своим коллегам, чтобы всегда им сопутствовала удача! Пусть только зеленый свет будет на пути машины "Скорой помощи", которая мчит сейчас, пока мы читаем эти строки. Храни Бог вас и ваших близких! Впереди у вас еще много добрых дел и много человеческих жизней, которые висят на волоске, готовом оборваться в любую секунду без вас...

Ранение сердца

06 марта 2018 года в 18:32 ч, на пульте диспетчера поступил вызов к пациенту "С", 62 года, повод к вызову: "Умирает, перестал дышать". Вызов был немедленно принят и передан кардиологической экстренной консультативной бригаде скорой помощи в составе врача Александра Трусова, фельдше-

ра Ольги Шемякиной, водителя Ивана Карпова. Бригада через 8 минут с момента приема вызова прибыла на место.

Больной "С" по неосторожности ударил себя ножом в грудь и на момент приезда бригады находился в крайне тяжелом состоянии. Врачом Трусовым состояние пострадавшего расценено как критическое, принято решение о немедленном оказании медицинской помощи и доставке в стационар.

На этапе скорой помощи врачом выставлен диагноз: колото-резаное ранение сердца, тампонада перикарда, травматический шок. Экстренно начато проведение лечения - пункция и катетеризация периферической вены с введением растворов, проведение вспомогательной вентиляции легких. На рану наложена асептическая повязка. В течение 9 минут пациент был доставлен в приемный покой ГУЗ "Краевая клиническая больница", где был успешно прооперирован.

Пациент остался жив благодаря своевременному оказанию медицинской помощи на всех этапах, решительности бригады, действиям диспетчеров и профессионализму хирургической бригады краевой клинической больницы.

Успешная реанимация

14 апреля 2019 года в 19:51 ч, на пульт диспетчера поступил вызов на ДТП, произошедшее в районе аэропорта. Вызов был принят и немедленно передан реанимационной бригаде скорой помощи в составе врача анестезиолога - реаниматолога Андрея Нефедьева, фельдшера Евгения Лозовского, фельдшера Данила Гаймоленко, водителя Владимира Лаврова. Бригада через 17 минут с момента приема вызова прибыла на место.

В районе аэропорта произошло ДТП - перевернулся автомобиль, по прибытию на место происшествия врач Андрей Нефедьев оценил масштаб чрезвычайной ситуации. На месте ДТП в перевернутом автомобиле находилось трое пострадавших, силами бригады были извлечены двое, которым начато оказание медицинской помощи. По прибытию спасателей из автомобиля было извлечено тело третьего пострадавшего, к сожалению, спасти его не удалось.

Одного из пострадавших с незначительными травмами бригада, прибывшая на место происшествия, увезла в стационар. Пострадавшую "Б" в автомобиль скорой помощи взял для оказания медицинской помощи и доставки в стационар врач Андрей Нефедьев. На момент приезда бригады "Б" находилась в состоянии клинической смерти, обусловленной тяжелой черепно-мозговой травмой, было принято решение о проведении сердечно-легочной реанимации. Силами сотрудников бригады в течение 20 минут удалось провести необходимые действия и восстановить сердечную деятельность. С применением дополнительного оборудования и проведением искусственной вентиляции легких решено произвести доставку пострадавшей в Краевую клиническую больницу.

С включенными сигналами и проблесковыми маячками в течение 25 минут бригада доставила пациентку в приемный покой Краевой клинической больницы, где ее встретили реаниматологи.

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

ИНФОРМАЦИЯ

**VII конференция акушеров-гинекологов
Забайкальского края
с Всероссийским участием
"Здоровье женщины в XXI веке:
предикторы успеха и качества жизни"
и школа Российской ассоциации
генитальных инфекций и неоплазий,
Чита, 21-23 мая 2019 г.**

21-22 мая 2019 года в Читинской государственной медицинской академии состоялась VII Конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Здоровье женщины в XXI веке: предикторы успеха и качества жизни", в рамках которой прошла школа Российской ассоциации генитальных инфекций и неоплазий, аккредитованная в системе НМО. Организаторами образовательного мероприятия явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация "Забайкальское общество акушеров-гинекологов (ЗОАГ)", Министерство Здравоохранения Забайкальского края, некоммерческое партнерство "Забайкальская медицинская палата", Российская ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазиям. Конференция и школа включали лекции профессорско-преподавательского состава и организаторов здравоохранения, презентации и интерактивные разборы клинических случаев.

В конференции приняли участие 143 участника: организаторы здравоохранения, врачи акушеры-гинекологи, дерматовенерологи, онкологи, реабилитологи медицинских организаций г. Читы и Забайкальского края, преподаватели Читинской государственной медицинской академии и Читинского государственного медицинского колледжа, клинические ординаторы и члены Молодежного Научного общества ЧГМА.

Открыл конференцию ректор Читинской государственной медицинской академии, заслуженный врач России, профессор Анатолий Васильевич Говорин, который поприветствовал участников и осветил основные демографические показатели и медико-социальные проблемы в РФ. Анатолий Васильевич отметил роль первичной медико-санитарной помощи в современной системе здравоохранения и высокие требования, предъявляемые к медицинским работникам в условиях реформирования сис-

темы здравоохранения, выполнения майских указов Президента 2018 года и реализации национальных проектов.

В пленарном докладе главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Забайкальского края Лиги В.В. "Итоги, проблемы и перспективы службы охраны материнства и детства в Забайкальском крае", был представлена динамика основных показателей службы, и дан анализ проблем и обозначены задачи службы охраны материнства и детства.

Руководитель акушерского дистанционного консультативного центра Забайкальского краевого перинатального центра Дорфман О.В. представила доклад "Акушерский дистанционный консультативный центр Забайкальского края: достижения и задачи сквозь призму современного дня", в котором изложила действующий алгоритм и принципы работы АДКЦ, схему взаимодействия и передачи информации при использовании АИС "Мониторинг беременных женщин", структуру причин очных и заочных консультаций, отметив рост количества очных консультаций на 4,2% (2016 г - 17545; 2018 г. - 18321) и увеличение числа женщин, переведенных после консультаций в стационары 2 и 3 уровня (2016 г. - 3234; 2018 г. - 3881).

Образовательная программа конференции включала лекции: "Прекоцепционная подготовка и антенатальный уход - только эффективные клинические практики", "Эффективные стратегии профилактики рака шейки матки: консенсус мировых экспертов - 2018", "Генитальный эндометриоз сквозь призму бесплодия" (профессор Белокриницкая Т.Е., г. Чита); "Гестационный диабет - глобальная проблема современности: проблемы междисциплинарного взаимодействия" (д.м.н. доцент Серебрякова О.В., г. Чита); "Пути повышения эффективности терапии наиболее распространенных бактериальных инфекций урогенитального тракта", "Зуд вульвы, пути решения проблемы" (профессор Чернова Н.И., г. Москва); "Вульвовагинальные инфекции и болезни шейки матки. Что мы знаем, что мы можем?" (д.м.н. доцент Ледина А.В., г. Москва); "Истмико-цервикальная недостаточность: современные алгоритмы ведения пациенток" (д.м.н. доцент Тарбаева Д.А., г. Чита); "Женское бесплодие: российские клинические рекомендации 2019" (к.м.н. доцент Белозерцева Е.П., г. Чита); "Проблема "тонкого эндометрия" при подготовке к ЭКО" (к.м.н.



Участники конференции

доцент Ахметова Е.С., г. Чита); "Вертикальные роды: плюсы и минусы, подготовка на амбулаторном этапе", "Склероатрофический лихен вульвы: современный взгляд на проблему" (к.м.н. доцент Мочалова М.Н., г. Чита); "Визуальные формы злокачественных опухолей органов репродуктивной системы: как не упустить время" (к.м.н., доцент Каюкова Е.В., г. Чита); "Место инфекционного фактора невынашивания беременности: избежать и не допустить", "Гормональная контрацепция в профилактике онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Приоритет фолатов", "Иммуномодулирующая терапия пациенток с заболеваниями вульвы и шейки матки: теория и практика" (к.м.н. доцент Свердлова Е.С., г. Иркутск); "Оценка объема околоплодных вод в 3-м триместре гестации" (к.м.н. доцент Мудров В.А., г. Чита); "Остеопатия при беременности: состояние проблемы и пути решения" (врач Тархов А.Ю., г. Чита).

Очень полезным и интересным для врачей акушеров-гинекологов первичной медико-санитарной помощи и врачей дерматовенерологов был интерактивный разбор клинических ситуаций (меланома вульвы, заболевания шейки матки и вульвы у беременных и пациенток разных возрастных групп), который захватывающе провели лекторы-модераторы к.м.н., доцент Каюкова Е.В. (г. Чита) и к.м.н. доцент Свердлова Е.С. (г. Иркутск).

22 мая в рамках конференции прошел круглый стол, на котором были обсуждены вопросы качества жизни женщин разного возраста:

взаимосвязь урогенитальных проблем и сексуального здоровья (лектор-модератор доцент Свердлова Е.С., г. Иркутск) и проблема современной и эффективной терапии приливов в постменопаузе, профилактика кардиометаболических и вульвовагинальных нарушений (лектор-модератор доцент Царенок С.Ю., г. Чита).

23 мая состоялась школа Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии "Шейка матки, инфекции, гормоны. Вульво/кольпоскопия. Практические вопросы", научная программа которой включала доклады и интерактивные разборы, представленные медицинским директором Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии, доцентом кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Российского университета дружбы народов, д.м.н. Лединой А.В. (г. Москва) и доцентом кафедры кожных и венерических болезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, д.м.н., профессором Черновой Н.И. (г. Москва). Были доложены и обсуждены проблемы:

- Женщина и рак: междисциплинарный взгляд психологов и врачей на проблему.
- Гормоны и эпителиальная дисплазия.
- Искусство выбора гормонотерапии и контрацепции: роль гестагенного компонента.
- Гормоны и возраст: позиция врача и мнение пациентки.
- Профилактика РШМ, вульвы и рака молочной железы.

- Врач: исцелись сам! Как врачу сохранить здоровье? Советы психологов.
- Роль ВПЧ в генезе РШМ. Патогенез и клиника ВПЧ-ассоциированных заболеваний гениталий. Физиологические и патологические состояния шейки матки.
- Диагностика и лечение CIN, современная тактика ведения, клинические рекомендации МЗ РФ 2017 г.
- Кольпо- и вульвоскопия, сложные ситуации: беременность, атрофия, воспаление.
- Стандарты диагностики и лечения генитальных инфекций. Биоценоз влагалища и шейка матки.
- Заболевания вульвы.
- Физиохирургическое лечение.

В лекциях и интерактивном общении были рассмотрены вопросы: влияние гормонов на женский организм с позиции гормональной терапии; стратегия профилактики рака шейки матки в регионе; физиологические и патологические состояния эпителия шейки матки; роль ВПЧ, ИППП в генезе рака шейки матки; патогенез и клиника ВПЧ-ассоциированных заболеваний нижнего отдела генитального тракта; современные подходы к диагностике и комп-

лексному применению медикаментозных, физических методов их лечения. Докладчики ответили на вопросы врачей с позиции доказательной медицины: как правильно подобрать гормональную контрацепцию и менопаузальную гормонотерапию; какие методы диагностики необходимо провести; как правильно построить диалог с пациенткой для достижения взаимопонимания и преодоления онкофобии; что надо знать врачу и пациенту о профилактике РШМ, вульвы и рака молочной железы.

Участники мероприятия получили свидетельства НМО.

Президент КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", заслуженный врач России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., профессор Т.Е. Белокриницкая

Секретарь КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н. Д.А. Тарбаева

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редакционная коллегия ежеквартального научно-практического журнала "Забайкальский медицинский журнал" принимает материалы для публикации по следующим рубрикам:

- вопросы организации здравоохранения;
- клинические лекции;
- новые медицинские технологии;
- в помощь практическому врачу;
- случаи из практики;
- краткие сообщения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция "Забайкальского медицинского журнала" просит внимательно ознакомиться с нижеследующими положениями по изданию журнальных публикаций

Статья должна быть представлена в печатном виде и на электронном носителе в формате MS Word (любой версии).

Бумажный вариант статьи должен быть напечатан на одной стороне листа А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль - 14. Размеры полей: левое - 30 мм, правое - 10 мм, верхнее и нижнее - каждое не менее 20 мм.

Объем публикаций по вопросам организации здравоохранения не должен превышать 5-7 страниц, лекций - 12-15 страниц, случаев из практики - 2-4 страницы, кратких сообщений - 2-3 страницы.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации.

Основной текст статьи должен структурно строиться в следующем порядке: введение; цель исследования; методы и материалы; результаты и обсуждение; заключение; список литературы.

Единицы измерения, характеристики и показатели изучаемых явлений должны быть представлены в единицах единой метрической системы.

Таблицы, диаграммы и рисунки помещаются в тексте по ходу изложения. Иллюстративный материал должен быть пронумерован и снабжен подписями.

Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (русские, затем иностранные источники) в соответствии с действующим ГОСТом. В тексте статьи литературные источники проставляются цифрами в квадратных скобках, соответственно списку.

Вся ответственность за достоверность представленных данных возлагается на автора(ов) статьи.

Статьи, не соответствующие указанным требованиям, к опубликованию не принимаются.

Правила направления статьи

1. Файл статьи (в формате MS Word) отправляется по электронной почте на e-mail chgmazabmed@mail.ru;
2. В распечатанном виде (с визой члена редколлегии на первой странице) материалы для опубликования сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, каб.231.