



Непрерывное медицинское образование и наука

Научно-методический
рецензируемый
журнал

Том 14, № 2/2019

ISSN 2412-5741



Непрерывное медицинское образование и наука

Научно-методический рецензируемый журнал

Том 14, № 2/2019

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

«Непрерывное
медицинское образование
и наука» —
научно-методический
рецензируемый журнал

Основан в 2003 году
Периодичность: 1 раз в 4 месяца

Учредитель и издатель

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный
медицинский университет»

Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(адрес: 454092, г. Челябинск,
ул. Воровского, 64)

Журнал зарегистрирован в Управлении
Федеральной службы по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
по Челябинской области
(свидетельство ПИ № ТУ74-01274
от 18 августа 2016 года)

Тираж 100 экз.

Адрес редакции:

454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64
Тел. +7 351 232-73-71
e-mail: pgmedes@chelsma.ru
www.chelsma.ru

Любое использование материалов,
опубликованных в журнале,
без ссылки на издание запрещено

Оригинал-макет, дизайн:
А. В. Черников

Распространяется бесплатно

ISSN 2412-5741

Редакционная коллегия

Главный редактор

А. А. Фокин (Челябинск)

Заместитель главного редактора

М. Г. Москвичева (Челябинск)

Ответственный секретарь

Е. А. Григоричева (Челябинск)

Члены редакционной коллегии:

И. А. Атманский (Челябинск)	В. М. Ладейщиков (Пермь)
Г. Н. Бельская (Челябинск)	Е. В. Малинина (Челябинск)
Н. С. Брынза (Тюмень)	М. В. Осиков (Челябинск)
А. В. Важенин (Челябинск)	И. Е. Панова (Санкт-Петербург)
И. А. Волчегорский (Челябинск)	В. В. Плечев (Уфа)
Е. В. Гуцу (Кишинев)	А. У. Сабитов (Екатеринбург)
В. Ф. Долгушина (Челябинск)	С. В. Сергийко (Челябинск)
Г. А. Игнатова (Челябинск)	А. С. Симбирцев (Москва)
Ш. И. Каримов (Ташкент)	Л. Ф. Телешева (Челябинск)
С. А. Кремлев (Челябинск)	В. А. Янушко (Минск)

Редакционный совет

Председатель редакционного совета

И. И. Долгушин (Челябинск)

Члены редакционного совета:

Н. В. Зеленская (Москва)	А. К. Мошетова (Москва)
И. Н. Каграманян (Москва)	В. Н. Павлов (Уфа)
Э. А. Кашуба (Тюмень)	А. А. Решетников (Москва)
С. М. Кутепов (Екатеринбург)	Т. В. Семенова (Москва)
И. П. Корюкина (Пермь)	

Правила оформления статей для публикации в журнале утверждаются и изменяются редакционной коллегией в соответствии с требованиями ВАК для периодики, включенной в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий.

С полным текстом правил вы можете ознакомиться на сайте журнала **www.chelsma.ru**. Технические требования и советы авторам по подготовке материалов для отправки в редакцию вы найдете на стр. 44 этого номера.

Статьи и сопроводительные материалы высылаются на электронный адрес редакции **pgmedes@chelsma.ru**.

Номер подписан в печать по графику 24.06.2019. Дата выхода 28.06.2019.

Отпечатан в типографии ИП Шарифулин Р. Г. (454080, г. Челябинск, ул. Энтузиастов, 25а).

Содержание номера

Contents

Оригинальные научные исследования		Original research	
Системный подход в работе с семьями, зависимыми от психоактивных веществ	3	Systematic approach to working with psychoactive substances addicted families	
Боровкова Е. В.		Borovkova E. V.	
Структура психических расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы и их коморбидность с алкоголизмом: клиничко-эпидемиологический анализ	5	The structure of mental disorders of the traumatic brain injury late period and their comorbidity with alcoholism: clinical and epidemiological analysis	
Сергеев В. А., Подкорытов Е. И., Вакуленко Е. В.		Sergeev V. A., Podkorytov E. I., Vakulenko E. V.	
Катамнез больных с установленным диагнозом зависимости от психоактивных веществ в подростковом возрасте: клиничко-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты	9	The follow-up of patients with an established diagnosis of dependence on psychoactive substances in adolescence: a clinical-dynamic, social-psychological and rehabilitation aspects	
Трубина О. С., Малинина Е. В.		Trubina O. S., Malinina E. V.	
Балльный способ верификации фасеточного болевого синдрома поясничного отдела позвоночника	13	Ball method of facet pain syndrome verification of lumbar spine	
Яриков А. В., Яксаргин А. В.		Yarikov A. V., Yaksargin A. V.	
Короткие сообщения		Short messages	
Ремоделирование сонных артерий при артериальной гипертензии в казахской популяции, фенотип/генотип, возможности для изменения лечебной тактики	18	Carotid remodeling in hypertension in Kazakh population: phenotype/genotype, possibility to change the disease management	
Бенберин В. В., Ахетов А. А., Вощенко Т. А., Шаназаров Н. А.		Benberin V. V., Akhetov A. A., Voshchenkova T. A., Shanazarov N. A.	
Реконструкции дистальных артериовенозных фистул при их дисфункции	19	Reconstructions of distal arterio-venous fistulas with their dysfunction	
Веселов Б. А., Попов А. Н., Бурлева Е. П.		Veselov B. A., Popov A. N., Burleva E. P.	
Совместная работа с органами здравоохранения		Cooperation with healthcare organizations	
Организационные подходы к обеспечению качества неотложной медицинской помощи при формировании системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (методические рекомендации)	21	Organizational approaches to quality assurance of emergency medical care in the formation of the system of internal quality control and safety of medical activities	
Москвичева М. Г., Щепилина Е. С.		Moskvicheva M. G., Shchepilina E. S.	
Работы молодых ученых и студентов		Research of young scientists and students	
Поражение центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции: клиника, течение и прогноз	28	Central nervous system lesion in HIV infection: clinical presentation, course and prognosis	
Красильникова А. П., Астахов А. А., Живоров М. К., Недбайло И. Н.		Krasilnikova A. P., Astakhov A. A., Zhivorov M. K., Nedbailo I. N.	
Клиничко-демографические характеристики больных миастенией, поступающих в реанимационное отделение	31	Clinical and demographic characteristics of patients with myasthenia, entering intensive care units	
Кудашкина Е. Ю., Астахов А. А., Сафронова К. К., Недбайло И. Н.		Kudashkina E. U., Astakhov A. A., Safronova K. K., Nedbailo I. N.	
Прогностическая ценность шкалы RIFLE у больных в ОРИТ	35	Prognostic value of RIFLE criteria in ICU patients	
Сухих Е. А., Астахов А. А., Губанов М. А., Недбайло И. Н.		Sukhikh E. A., Astakhov A. A., Gubanov M. A., Nedbailo I. N.	
Почечная дисфункция ВИЧ-инфицированных	39	Renal dysfunction of HIV-infected	
Ханаева Э. С., Астахов А. А., Анчугув И. С., Недбайло И. Н.		Khanaeva E. S., Astakhov A. A., Anchugov I. S., Nedbailo I. N.	
Справочный раздел		Miscellaneous	
В помощь авторам статей	44	Help to the paper authors	

УДК 616.89-084+364-7

Системный подход в работе с семьями, зависимыми от психоактивных веществ**Е. В. Боровкова**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», Челябинск

Systematic approach to working with psychoactive substances addicted families**E. V. Borovkova**

Chelyabinsk Regional Clinical Narcological Hospital, Chelyabinsk

Аннотация. В данной статье рассматривается один из подходов к работе с зависимыми от психоактивных веществ (ПАВ) семьями. Описываются особенности взаимоотношений в зависимых семьях. Особое внимание акцентируется на важности системного подхода к работе, что дает более целостное восприятие проблемы и возможность более широкого поиска терапевтических решений. Данная статья будет интересна специалистам, работающим в сфере медицины, психологии, образования.

Ключевые слова: системный подход; зависимая семья; симптоматическое поведение; функциональная позиция в семье; функционирование семьи.

Abstract. This article discusses one of the approaches to work with dependent families on surfactants. The features of relationships in dependent families are described. Special attention is paid to the importance of a systematic approach to work with dependent families, which gives a more holistic perception of the problem and a broader search for therapeutic solutions. This article will be of interest to specialists working in the field of medicine, psychology, education.

Keywords: system approach; dependent family; symptomatic behavior; functional position in the family; family functioning.

Основным аспектом системного семейного подхода является рассмотрение поведения и взаимодействия всех членов семьи. В рамках системного подхода можно работать как с расширенной семьей, с ядерной семьей, так и с одним членом семьи, при этом важно работать с пониманием наличия взаимосвязи между семейными взаимоотношениями и индивидуальным функционированием личности. Член семьи, страдающий зависимостью от ПАВ, редко живет в изоляции один. Обычно он проживает в семье, либо родительской, либо ядерной (супружеской). Зависимость одного из членов неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения.

С точки зрения системного семейного подхода семья — это система, которая подчиняется единым законам статичности (гомеостаза) и развития. Особое место здесь как в системе занимают взаимоотношения между ее членами, которые определяют ее функционирование как системы. Поведение каждого человека определено его индивидуальными особенностями, его функциональной позицией, занимаемой в семье, которая определяет его отношения, взгляды, чувства, поведение. Все это определяют взаимоотношения между членами семьи, которые создают эмоциональный накал, являясь составной и дополнительной силой. М. Боуэн называл это эмоциональным полем семьи [1]. Взаимодействие членов определяет поведенческие реакции, стереотипы поведения каждого и находится во взаимном влиянии друг на друга. Поведение всех членов семьи выстраивается из их мотивов (контекста). Распознав контекст, можно понять, чем выгодно симптоматическое поведение каждому, как оно влияет

на симптом и что поддерживает дисфункцию семьи, что помогает выстраивать психотерапевтическую помощь семье.

Семьи с наличием зависимого от психоактивных веществ имеют свои особенности. Чаще имеются конфликтные отношения, особенно когда зависимый находится в употреблении. Тогда накал напряжения, тревоги достигает своего пика. Когда зависимый находится в трезвости, градус напряжения и тревоги снижается. Жизнь семьи характеризуется непостоянством и непредсказуемостью. В ней существует много разных мифов или секретов, которые приходится тщательно скрывать. Отношения между ее членами конфликтные, сопровождающиеся чаще тревогой, страхами, обидами, виной. В таких семьях правила либо слишком свободны, либо чрезмерно строгие. В правилах значительное место занимают запреты на выражение своих потребностей и чувств, используются эмоциональные репрессии, либо правила размыты, амбивалентны, что создает почву для формирования двойных посланий («так люблю, что убить готова», «ненавижу и люблю», «ты взрослый, но я знаю, как лучше»). Взаимоотношения становятся вязкими, реакции членов семьи становятся автоматическими. Все это приводит к слиянию и низкой дифференциации членов семьи, высокому уровню тревоги, созданию коалиций, к триангуляции. Чаще коалиции создаются против зависимого, так как все трезвые стремятся изменить зависимого и устранить зависимость («плохую привычку», «изъян», последствия опьянения, болезнь). Возможны коалиции против того, кто не хочет участвовать в спасении зависимого, это, как правило, зависимый и ак-

тивно спасающий его член семьи. Как пример: в ядерной семье — один из родителей и зависимый ребенок против другого родителя, в расширенной — зависимый муж с матерью против жены и детей.

Ситуация в зависимой семье всегда нестабильная, поскольку зависимость забирает слишком много энергии. За постоянностью стрессовой ситуации, ее высокой значимостью, закрытостью семьи формируются автоматические паттерны поведения, которые формируют ощущение безвыходности ситуации, цикличности жизни семьи, отсутствие направления движения. Чувство безысходности и отчаяния часто приводит к тому, что члены семьи порой забывают, как можно жить по-другому, и даже теряют здоровые ценности, навыки здоровых коммуникаций, выстраивания целей и планов. Это приводит к нарастанию статичности и отсутствию развития в семье.

Если рассматривать проблему зависимости в контексте системного семейного подхода, то как зависимость одного из членов неизбежно влияет и изменяет внутрисемейные взаимоотношения, приспособляя других членов к возникшим изменениям, так и взаимоотношения, функционирование других членов семьи влияют на зависимого члена семьи и его зависимость. Изучая и воздействуя на взаимоотношения в семье с химически зависимым, можно менять паттерны поведения, их функционирование, что приведет к изменениям в семье.

Есть семьи с химически зависимым, где ПАВ не является основной проблемой, это, как правило, следствие семейной проблемы, тогда можно сразу работать в парадигме системного подхода. Есть семьи с химически зависимым, где ПАВ является основной проблемой и, как следствие употребления, возникают другие проблемы. С такой семьей важно работать поэтапно и совместно психотерапевту и наркологу. Первый этап психотерапевтической работы будет заключаться в снижении базовой тревоги в семье и прекращении употребления зависимым ПАВ, возможно, через физическое и эмоциональное дистанцирование. Работа специалистов может проводиться и с зависимым, и с другими членами, или в расширенной семье. Основной упор работы важно делать на повышение дифференциации Я через распознавание и высказывание чувств, повышение ответственности за себя, свои чувства, поведение, поступки, контроль своего состояния. Терапевтический эффект будет сильнее, если зависимый и члены семьи будут посещать группы взаимопомощи или терапевтические группы по данной тематике.

Литература

1. Боуэн М. Теория семейных систем. М. : Когито-Центр, 2015. 496 с.
2. Варга А. Системная психотерапия супружеских пар. М. : Когито-Центр, 2017. 342 с.

Сведения об авторе

Боровкова Елена Васильевна, медицинский, семейный психолог, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница»

Адрес: г. Челябинск, ул. 40 лет Октября, д. 32в; тел +7 351 214-02-12; e-mail: elena_7470@mail.ru

Следующий этап работы будет заключаться в сокращении эмоциональной дистанции в семье в трезвости и в более эффективном взаимодействии, поддержании «твердого Я», выстраивании целей, направлений движения. Больше предпочтения в работе может отдаваться супружеской паре, ядерной семье, чем расширенной семье.

Семейная система с точки зрения системного подхода — это открытая самоорганизующаяся система, которая находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой, поведение которой целесообразно и источник преобразований находится в ней самой [2]. Системный семейный подход рассматривает функционирование семьи, которое протекает по законам постоянства и развития: с одной стороны, семья стремится к стабильности, с другой — стремится завершить свой жизненный цикл. Работа с семейной системой дает возможность специалисту задавать системные вопросы, наблюдать за поведением всех членов семьи, концентрируясь на цели их поведения, обращать внимание на множество факторов, которые влияют на всех членов семьи. Объектом изучения служит семейная система и те, с кем она взаимодействует (друзья, коллеги, терапевты). Изучая взаимодействие семьи, можно определять симптоматическое поведение и действие симптома на семью.

Методы работы в системном подходе позволяют снижать сопротивление членов семьи, способствуют большему принятию и более глубокому изучению семьи, что помогает найти наиболее точное терапевтическое воздействие и более эффективно осуществлять помощь. Системный подход рассматривает семью как полноценного участника процесса, что позволяет терапевту разделять ответственность с семьей и тем самым давать возможность семье проявлять инициативу и самой находить ресурсы. Использование методов системной семейной терапии поможет зависимой семье изменить взгляд на проблему и тем самым изменить функционирование семьи.

Системный подход позволяет самому терапевту самосовершенствоваться, лучше понимать себя, двигаться к большему принятию, нейтральности и аутентичности, так как работа с семьей — это взаимный процесс.

Системный семейный подход при работе с зависимыми семьями более экологичен для терапевта и может уменьшать эмоциональное и профессиональное выгорание.

УДК 617.51+616.831]-001-06:616.89-008.441.13

Структура психических расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы и их коморбидность с алкоголизмом: клинико-эпидемиологический анализ

В. А. Сергеев¹, Е. И. Подкорытов², Е. В. Вакуленко²¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная психиатрическая больница № 3» г. Троицк, Челябинская область

The structure of mental disorders of the traumatic brain injury late period and their comorbidity with alcoholism: clinical and epidemiological analysis

V. A. Sergeev¹, E. I. Podkorytov², E. V. Vakulenko²¹ South-Urals State Medical University, Chelyabinsk² "Regional insane hospital 3" Troitsk, Chelyabinsk region

Аннотация. С целью изучения структуры психических расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и их коморбидности с хронической алкоголизацией, проявлениями социально-психологической дезадаптации, а также влияния тяжести травмы и алкоголизации на характер и выраженность психопатологической симптоматики проведен клинико-эпидемиологический анализ медицинской документации (амбулаторных карт) всех больных с психической патологией вследствие ЧМТ, состоящих на диспансерном учете по двум участкам — городскому и сельскому. Выявлена значительная распространенность изучавшихся расстройств в целом (14,1 на 10 000 населения) с их преобладанием в мужской и городской популяциях. Первое обуславливалось более высокой частотой ЧМТ у мужчин; второе — меньшей доступностью психиатрической помощи для сельских жителей, что подтверждалось наличием у них более высокого уровня инвалидизации и большей частоты травматической деменции (наиболее тяжелой психопатологии). Обнаружена высокая коморбидность психических расстройств отдаленного периода ЧМТ и хронической алкоголизации (около 50% по всему контингенту больных) с наибольшей выраженностью таковой в подгруппах травматической деменции, органического параноиды и галлюциноза, а также органического расстройства личности. У лиц с травматической деменцией преобладали тяжелые ЧМТ, а при иной посттравматической патологии — травмы средней и легкой тяжести. Большинство больных изучаемого контингента характеризовались значительным снижением социально-психологической адаптации, что проявлялось низкой трудовой занятостью и высоким уровнем инвалидности, нарушением семейных отношений и делинквентностью поведения. Развитию и углублению всех этих негативных тенденций в значительной степени способствовал фактор хронической алкоголизации.

Ключевые слова: психические расстройства в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы; хроническая алкоголизация; социально-психологическая адаптация; клинико-эпидемиологический анализ.

Abstract. For the purpose of studying of structure of alienations of the remote period of the craniocerebral trauma (CT) and their comorbidity of a chronic alcoholization, manifestations of a social and psychological disadaptation and also influence of weight of a trauma and an alcoholization on character and expressiveness of a psychopathological symptomatology, the clinical and epidemiological analysis of medical documentation (out-patient cards) of all patients with mental pathology owing to CT staying on the dispensary registry on two sites — city and rural is carried out. The considerable abundance of the studied frustration in general (14.1 on 10000 population), with their dominance in men's and city populations is revealed. The first was caused by higher frequency of CT at men; the second — smaller availability of mental health services to villagers that was confirmed by presence at them of more high level of an invalidism and bigger frequency of a traumatic dementia (the heaviest psychopathology). The high comorbidity of alienations of the remote period of CT and chronic alcoholization (about 50 % on all contingent of patients), with the greatest that expressiveness in subgroups of a traumatic dementia, organic paranoid and hallucinosis and also organic frustration of the person is found. At persons with a traumatic dementia heavy CT prevailed, and at other posttraumatic pathology — injuries of average and mild weights. Most of patients of the studied contingent were characterized by the considerable decrease in social and psychological adaptation that was shown by low labor employment and a high level of disability, violation of the family relations and delinquency of behavior. Development and deepening of all these negative trends were promoted substantially by a factor of a chronic alcoholization.

Keywords: alienations in the remote period of a craniocerebral trauma; chronic alcoholization; social and psychological adaptation; clinical and epidemiological analysis.

Введение. Медицинская и социальная значимость де черепно-мозговой травмы определяется высокой частотой церебральных травм (от 1 до 4 на 1000 на-
ервно-психических нарушений в отдаленном перио-

селения в год) [2, 5], а также их последствий, проявляющихся преимущественно психопатологической симптоматикой: от невротической и психопатоподобной до психотической, включая деменцию, — отмечаемой у значительной части лиц, перенесших ЧМТ (до 90% и выше) [3, 6], которыми, главным образом, и обуславливаются дезадаптация и инвалидизация последних. Среди пациентов с последствиями ЧМТ, находящихся под наблюдением в психоневрологических диспансерах, частота инвалидности варьирует от 20 до 64% [4, 10]. Высок и уровень их криминальной активности — до 25% [1].

В значительной степени вышеозначенная проблематика усугубляется фактором алкоголизации, которая потенцирует тяжесть ЧМТ, ухудшая прогноз и выраженность последствий [9]. По данным ряда исследований, такая комбинированная патология отмечается с достаточно высокой частотой — от 30 до 50% и выше [8]. Вместе с тем, по мнению некоторых авторов, алкоголизм у лиц, перенесших ЧМТ, встречается с той же частотой, что и в общем населении, не превышая 10–20% [7].

Цель исследования: анализ структуры психических расстройств отдаленного периода ЧМТ и их коморбидности с хронической алкоголизацией с учетом состояния социально-психологической адаптации (дезадаптации), а также оценкой влияния тяжести травмы и алкоголизации на характер и выраженность психопатологической симптоматики.

Материалы и методы. Основным методом настоящего исследования являлся клинико-эпидемиологический анализ, осуществлявшийся путем изучения амбулаторных карт пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на двух участках (городском и сельском) в ГБУЗ ОПБ № 3 (г. Троицк, Челябинская область).

Результаты исследования и их обсуждение. Общее число лиц с нервно-психической патологией травматического генеза, состоящих на диспансерном учете по городскому (г. Троицк) и сельскому (Троицкий район) участкам, составило 127 человек (мужчин — 101, женщин — 26), или 4% от всех больных, наблюдавшихся по указанной зоне обслуживания. Из них по городскому участку — 111 человек (86 мужчин и 25 женщин), что составило 4,4% от всех состоящих на учете по данному участку; по сельскому — 16 (15 мужчин и 1 женщина), или 2,3% от всех учтенных здесь больных.

Средний возраст лиц с рассматриваемой патологией на момент исследования составил 44,8 года (мужчин — 44,4; женщин — 46,6). Тот же показатель у состоявших на диспансерном учете по городскому участку определялся в 47,8 года (у мужчин — 46,2; у женщин — 53,2); по сельскому — в 42,5 года (у мужчин — 42,7; у женщин — 40,0). Каких-либо существенных различий по возрастному составу между больными с изучаемой патологией с городского и сельского участков не выявилось, так же как и по уровню образования.

Распространенность психических нарушений в отдаленном периоде ЧМТ на 10 000 населения состав-

ляла: по двум участкам в целом — 14,1 (у мужчин — 25,1; у женщин — 5,2); по городскому участку — 17,8 (у мужчин — 31,9; у женщин — 7,1); по сельскому — 5,7 (у мужчин — 11,3; у женщин — 0,7). Соотношение мужчин и женщин с исследуемой патологией в целом определялось как 4:1 (по городскому участку — 3,4:1; по сельскому — 15:1). Приведенные данные, свидетельствующие о многократном преобладании психических расстройств отдаленного периода ЧМТ в мужской популяции относительно женской, объясняются значительно большей частотой церебральных травм у мужчин, на что указывается многими исследователями [1, 5]. Заметное же различие в частоте выявления рассматриваемой патологии у городских и сельских жителей связано, как мы полагаем, главным образом с проблемой меньшей доступности психиатрической помощи для последних.

Анализ социально-психологической адаптации (дезадаптации) лиц исследуемого контингента осуществлялся через оценку сохранности их трудоспособности и вовлеченности в трудовые процессы, а также изучение семейного положения. Как выяснилось, из всей выборки пациентов с последствиями ЧМТ в браке состояли менее половины — 50 человек (39,4%), мужчин — 36 (35,6%), женщин — 14 (53,8%); находились в разводе 32 (25,2%), мужчин — 30 (29,7%), женщин — 2 (7,7%); были холостыми и незамужними 45 (35,4%), мужчин — 35 (34,7%), женщин — 14 (53,9%). Из проживающих на городском участке состояли в браке 42 больных (37,8%), мужчин — 29 (37,7%), женщин — 13 (52,0%); пребывали в разводе 28 (25,2%), мужчин — 26 (30,2%), женщин — 2 (8,0%); являлись холостыми и незамужними 41 (36,9%), мужчин — 31 (36,0%), женщин — 10 (40,0%). Среди состоящих на учете сельских жителей сохраняли брачные отношения 8 человек (50,0%), мужчин — 7 (46,7%), женщин — 1 (100%); состояли в разводе 4 мужчин (25,0%); были холосты 4 мужчины (25,0%).

Из общего числа пациентов с психическими расстройствами на этапе отдаленных последствий ЧМТ продолжал работать лишь 21 человек (16,5%); из них на городском участке — 19 (17,1%), сельском — 2 (12,5%). Группу инвалидности (от третьей до первой) имели 60 больных (47,2%), среди которых городских жителей было 50 (45,0%), сельских — 10 (62,5%). Еще 46 человек (36,2%) не работали при отсутствии какой-либо группы инвалидности; из них проживали в городе 42 (37,8%), в сельском районе — 4 (25,0%).

Изучение трудоспособности и семейного положения лиц изучаемого контингента зафиксировало значительное снижение их социально-психологической адаптации, что нашло свое отражение в весьма высоком уровне инвалидизации (около 50%) и крайне низкой трудовой занятости (16,5%), а также сравнительно небольшом проценте состоящих в браке (менее 40%). Здесь же следует отметить, что относительное (процентное) преобладание больных с инвалидностью из числа тех, кто состоял на учете по сельскому району, над аналогичной группой пациентов с городского

участка является дополнительным подтверждением сформулированного выше положения о существенно меньшей доступности психиатрической помощи проживающим в сельской местности. Именно по этой причине лица с последствиями ЧМТ с сельского участка значительно реже обращаются за помощью с относительно легкими формами расстройств и на начальных этапах заболевания, с меньшей регулярностью получают поддерживающую и противорецидивную терапию, что нередко обуславливает утяжеление патологического процесса и инвалидизацию больных.

Учитывая имеющиеся в литературе данные о высокой криминальной активности лиц с последствиями ЧМТ, нами, наряду с иными аспектами, проводилось изучение делинквентности исследуемого контингента, по итогам которого выяснилось, что 31 пациент (24,4%) имел в прошлом судимость. Среди них были как мужчины — 25 человек (24,8% от мужской части изучаемой группы больных), так и женщины — 6 (23,1% от женской составляющей группы исследования). На городском участке таких больных было 28 (25,2%); из них мужчин — 23 (26,7%), женщин — 5 (20,0%). На сельском участке пациентов с судимостью на учете состояло 3 человека (18,7%); из них мужчин — 2 (13,3%), женщин — 1 (100%). Значительный процент в изучаемом контингенте больных с судимостью, по нашему мнению, является еще одним свидетельством их социально-психологической дезадаптации.

В настоящем исследовании особое внимание уделялось анализу данных о наличии хронической алкоголизации у лиц изучаемого контингента, в ходе которого выявились признаки явного злоупотребления алкоголем у 64 пациентов (50,4%). Среди них большую часть составляли мужчины — 52 человека (51,5%), но немало было и женщин — 12 (46,2%). На городском участке больных с последствиями ЧМТ и хронической алкоголизацией на учете состояло 58 человек (52,3%); из них мужчин — 46 (53,3%), женщин — 12 (48,0%). На сельском участке таких больных было 6, и все без исключения — мужчины (40,0%). При этом обращает на себя внимание заметно более низкий процент лиц с последствиями ЧМТ, осложненными алкоголизацией, из числа состоящих на учете на сельском участке по сравнению с теми, кто проживает в городе, что, как мы полагаем, связано все с той же проблемой меньшей доступности психиатрической помощи для сельских жителей и, вследствие этого, с определенными трудностями в сборе объективной информации.

Диагностика психических нарушений в отдаленном периоде ЧМТ осуществлялась на основе критериев МКБ-10 с выделением основных психопатологических синдромов, образующих две группы расстройств: психотического уровня и не психотического. В первую вошли пациенты со следующей патологией: посттравматическая деменция, органический галлюциноз, органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство. Во вторую — легкое когнитивное расстройство, органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство и органическое расстройство личности.

При этом, в соответствии с целью исследования, оценивалась взаимосвязь тяжести травмы и алкоголизации (как коморбидной патологии) с характером и выраженностью психопатологической симптоматики.

С диагнозом «посттравматическая деменция» на учете состояло 34 пациента, или 26,8% от всей группы изучения (мужчин — 30, женщин — 4). Из них 19 (55,9%) перенесли тяжелую ЧМТ, 2 (5,9%) — средней тяжести, 13 (38,2%) — легкую. У 11 больных (32,4%) были повторные ЧМТ, 25 (73,5%) злоупотребляли спиртным, а 18 (52,9%) имели судимость. Никто из пациентов с данной патологией на момент обследования не работал. Большинство из них — 28 (82,3%) — являлись инвалидами (первой группы — 3, второй — 23, третьей — 2). Здесь же следует отметить тот факт, что если в абсолютном исчислении среди больных с посттравматической деменцией большинство составляли городские жители (25 человек — по городскому участку, 9 — по сельскому), то в процентном соотношении (от общего числа пациентов с посттравматической патологией, состоящих на учете по каждому из участков) явно преобладали лица из сельской местности (22,5 и 56,3% соответственно). Последнее с несомненностью подтверждает положение о меньшей доступности психиатрической помощи для проживающих в зоне обслуживания сельского участка по причине территориальной удаленности и недостаточности транспортного сообщения, в связи с чем сельские жители, перенесшие ЧМТ, обращаются к психиатру преимущественно с наиболее тяжелыми психическими расстройствами, к которым прежде всего и относится посттравматическая деменция, обуславливающая, как правило, полную или частичную потерю трудоспособности.

Органический галлюциноз был зарегистрирован у 8 человек — 6,3% группы изучения (мужчин — 7, женщин — 1). Из них 3 (37,5%) перенесли ЧМТ средней тяжести и 5 (62,5%) — легкие. Повторные ЧМТ отсутствовали. Хроническая алкогольная интоксикация фиксировались у 3 пациентов (37,5%), судимость — у 1 (12,5%). Все больные с указанной патологией проживали в зоне обслуживания городского участка. На момент обследования никто из них не работал, но лишь 4 (50,0%) имели группу инвалидности (все 4 — вторую).

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство диагностировалось также у 8 больных — 6,3% (мужчин — 3, женщин — 5). Из них 4 (50,0%) перенесли ЧМТ средней тяжести и 4 (50,0%) — легкие. Повторная ЧМТ отмечена у 1 (12,5%), хроническая алкоголизация — у 4 (50,0%), судимость — у 2 (25,0%). Все 8 пациентов проживали в городе. Продолжал работать 1 (12,5%), являлись инвалидами второй группы 4 (50,0%), находились на пенсии по возрасту 3 (37,5%).

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство выявилось у 21 человека, или 16,5% от всего изучаемого контингента (мужчин — 14, женщин — 7). В большинстве своем они были городскими жителями — 20 обследуемых. Развитию данной пато-

логии во всех без исключения случаях (100%) предшествовали легкие ЧМТ. Повторные травмы имели место у 4 (19,1%) пациентов, алкоголизация — у 6 (28,6%). Ни у кого из них в прошлом судимости не было. Работать продолжали 5 (23,8%); имели группу инвалидности 5 (23,8%) (вторую — 2, третью — 3), являлись пенсионерами по возрасту 4 (19,1%).

Легкое когнитивное расстройство было определено у 5 человек, или 3,9% контингента изучения (мужчин — 3, женщин — 2). Большая часть из них состояла на учете по городскому участку — 4. У всех этих больных перенесенные ЧМТ относились к легким. Указаний на наличие в анамнезе повторных травм мозга, хронической алкоголизации, а также судимости ни в одном из случаев отмечено не было. Никто из них какую-либо группу инвалидности не имел, но работали лишь 3 пациента (60,0%).

Лица с диагнозом «органическое расстройство личности» составили самую многочисленную подгруппу — 51 человек, или 40,2% исследуемого контингента (мужчин — 44, женщин — 7). Из них проживали в городе 46 (41,4% от всех состоящих на учете с посттравматической патологией по городскому участку); в сельской местности — 5 (31,3% от соответствующей учетной категории по сельскому участку). Из общего числа обследуемых перенесли ЧМТ легкой тяжести 40 (78,4%) пациентов; средней тяжести — 11 (21,6%). Повторные травмы имели место у 11 (21,6%); хроническая алкоголизация — у 26 (51,0%). Сохраняли работоспособность и продолжали работать 12 (23,5%); являлись инвалидами 19 (37,3%) (первой группы — 1, второй — 14, третьей — 4); не работали, не имея инвалидности, 10 (19,6%).

Заключение. Клинико-эпидемиологический анализ психических нарушений у больных с отдаленными последствиями ЧМТ, находившихся под наблюдением на городском и сельском участках обслуживания, обнаружил достаточно высокую их представленность — 14,1 на 10 000 населения (не менее 4% от всех состоящих на диспансерном учете). На существенно более высоком уровне они регистрировались по городскому участку относительно сельского (17,8 и 5,7 на 10 000 населения), а также у мужчин в сравнении с женщинами (25,1 и 5,2 соответственно). Преобладание мужчин в изучаемом контингенте, несомненно, обусловлено значительно большей частотой у них ЧМТ, что отмечалось многими исследователями, тогда как заметные различия между городской и сельской составляющими, по нашему мнению, связаны с меньшей доступностью психиатрической помощи для проживающих в сельской местности из-за территориальной удаленности и недостаточности транспортного сообщения. Именно по этой причине они реже обращались за помощью с относительно легкими формами расстройств и на начальных этапах заболевания, с меньшей регулярностью получали поддерживающую и противоречивую терапию, что нередко вело к утяжелению патологического процесса и инвалидизации больных. Последнее подтверждается более высоким процентом

больных с инвалидностью среди состоящих на учете по сельскому участку (62,5%) и заметно более низким — по городскому (45,0%), а также большей частотой среди первых наиболее тяжелого психического расстройства вследствие ЧМТ — посттравматической деменции (56,3%) и существенно меньшей у находящихся под наблюдением по городскому участку (22,5%).

Результаты настоящего исследования засвидетельствовали высокую коморбидность психических расстройств отдаленного периода ЧМТ и хронической алкоголизации (около 50% по всему контингенту больных) с наибольшей выраженностью таковой в подгруппах травматической деменции (73,5%), органического бредового (шизофреноподобного) расстройства (50,0%) и органического галлюциноза (37,5%), а также органического расстройства личности (51,0%). У лиц с травматической деменцией преобладали в анамнезе тяжелые ЧМТ (более чем в 55% случаев), тогда как в подгруппах с иной посттравматической патологией преимущественно фиксировались травмы средней тяжести и легкие. Повторные ЧМТ с большей частотой регистрировались также у пациентов с посттравматической деменцией (32,4%) и органическим расстройством личности (21,6%) в сравнении с иными подгруппами, чему, несомненно, способствовал их более высокий уровень алкоголизации.

Данное исследование зафиксировало наличие признаков социально-психологической дезадаптации у большинства больных с психической патологией в отдаленном периоде ЧМТ, что нашло свое проявление в их крайне низкой вовлеченности в трудовые процессы (16,5%) и высоком уровне инвалидизации (47,2%), значительной численности лиц с отсутствием семейных (брачных) отношений (60,6%) и с противоправным поведением (24,4%). Развитию и углублению всех этих негативных тенденций в значительной степени способствовал фактор хронической алкоголизации.

Выводы. Вышеизложенное свидетельствует о назревшей потребности в мультидисциплинарном подходе к решению различных задач диагностики, терапии и реабилитации больных с последствиями ЧМТ любой степени тяжести и на всех этапах травматической болезни головного мозга, в том числе и при алкогольной отягощенности. Насущно необходимым является привлечение к данной работе различных специалистов: неврологов и нейротравматологов (главным образом на ранних этапах), психиатров, наркологов и клинических психологов, но также и врачей общей практики, прежде всего на этапе отдаленных последствий при малой доступности узкоспециализированной помощи, и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий, рекомендованных вышеперечисленными специалистами. Последнее, тем не менее, требует определенной подготовки по данной проблематике со стороны врачей общей практики, что вполне осуществимо в рамках дополнительного и непрерывного медицинского образования.

Литература

1. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. М.: Бином, 2006. 304 с.
2. Лихтерман Л. Б., Потапов А. А., Кравчук А. Д., Охлопков В. А. Классификация последствий черепно-мозговой травмы // Неврологический журнал. 1998. № 3. С. 12–14.
3. Макаров А. Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация // Неврологический журнал. 2001. № 2. С. 38–41.
4. Мякотных В. С., Таланкина Н. З., Боровкова Т. А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2002. Т. 102, № 4. С. 61–65.
5. Непомнящий В. П., Ярцев В. В., Лихтерман Л. Б. Роль изучения эпидемиологии черепно-мозгового травматизма в совершенствовании нейрохирургической помощи населению // Эпидемиология травмы центральной нервной системы. Л., 1989. С. 4–9.
6. Пасечников А. Ф., Винокуров Б. А. Профилактика психических расстройств у лиц с закрытой черепно-мозговой травмой. СПб., 1998. 141 с.
7. Пивень Б. Н. Вопросы профилактики психических нарушений экзогенно-органической этиологии // Тезисы докладов V Всероссийского съезда невропатологов и психиатров (4–6 сентября 1985 г., г. Иркутск). М., 1985. Т. 1. С. 249–250.
8. Полищук Н. Е. Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. М.: Антидор, 2001. Т. 2. С. 659–669.
9. Шабанов П. Д., Калишевич С. Ю. Биология алкоголизма. СПб., 1998. 271 с.
10. Шогам И. И., Тайцлин В. И., Мелехов-Перечень М. С. и др. Некоторые немедикаментозные методы лечения в реабилитации больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986. С. 338–340.

Сведения об авторах

Сергеев Владимир Андреевич, д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел. 8 351 269-73-50; e-mail: sevanpol@yandex.ru

Подкорытов Евгений Иванович, главный врач ГБУЗ «Областная психиатрическая больница № 3»

E-mail: opb 003@yandex.ru

Вакуленко Елена Викторовна, врач-психиатр, зав. диспансерным отделением ГБУЗ «Областная психиатрическая больница № 3»

E-mail: opb 003@yandex.ru

Принята в печать 27.06.2019.

УДК 616.89-02:615.212.056.6]-053.6

Катамнез больных с установленным диагнозом зависимости от психоактивных веществ в подростковом возрасте: клинико-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты

О. С. Трубина ¹, Е. В. Малинина ²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», Челябинск

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

The follow-up of patients with an established diagnosis of dependence on psychoactive substances in adolescence: a clinical-dynamic, social-psychological and rehabilitation aspects

O. S. Trubina ¹, E. V. Malinina ²

¹ Chelyabinsk Regional Clinical Narcological Hospital, Chelyabinsk

² South-Urals State Medical University, Chelyabinsk

Аннотация. Представлено 69 случаев наблюдения за подростками, проживающими на территории города Челябинска, с установленным диагнозом наркологического заболевания в период 2013–2015 годов. Клинико-динамические варианты наркологических расстройств сопоставлены с социально-психологическими особенностями когорты несовершеннолетних.

Ключевые слова: наркология; подростки; зависимость; катамнез.

Abstract. The article presents 69 cases of observation of adolescents living in the city of Chelyabinsk, with an established diagnosis of narcological disease in the period 2013–2015. Clinical and dynamic variants of drug disorders are compared with the socio-psychological characteristics of the cohort of minors.

Keywords: drug addiction; adolescents; addiction; catamnesis.

Актуальность. Особенности подросткового периода, связанные с кризисом взросления и переоценкой жизненных ценностей и ориентиров, острым желанием самоутвердиться, почувствовать себя взрослым и свободным, на фоне подверженности влиянию группы и незрелости личности делают эту возрастную группу особенно уязвимой по вовлечению в употребление психоактивных веществ.

Психопатология подросткового возраста зачастую чрезвычайно сложна для клинической интерпретации и прогностической оценки. Такие нарушения могут быть рассмотрены как с позиций варианта условной «нормы» с дезадаптацией преходящего характера на фоне протекающего подросткового кризиса, так и могут трактоваться как синдромально очерченное психопатологическое состояние с переходом в иные психические синдромы. Например, связанные с развитием наркологических либо иных вторичных состояний в виде органических психических расстройств, аффективных нарушений и патологического формирования личности. Кроме того, определенная задержка психического развития, характерная для детей с опытом социальной депривации, а также наблюдающийся регресс психики в условиях хронической психотравматизации могут приводить к пролонгированию пубертатного периода с формированием социально-психологической дезадаптации и развитием социально обусловленных расстройств [1–5].

Несовершеннолетние являются самой «неудобной» группой для терапевтических и реабилитационных вмешательств, требующих значительных вложений как со стороны государственных структур, так и со стороны специалистов разного профиля, причем с негарантированным результатом [6, 7].

Многофакторная природа наркологической патологии требует адекватных диагностических подходов с целью определения необходимого спектра и объема вмешательств, осуществляемых специалистами полипрофессиональной бригады на разных этапах сопровождения патологически протекающего пубертатного периода.

Цель исследования: изучить закономерности динамики наркологического заболевания, которое было установлено в подростковом возрасте, и оценить влияние преморбидных социально-психологических факторов, коморбидной патологии на клиническую динамику наркологических расстройств.

Задачи исследования. Изучить варианты катамнеза у лиц с установленным диагнозом синдрома зависимости при достижении возраста совершеннолетия по данным наркологической службы за последние 3–5 лет. Определить социально-психологические и клинические характеристики таких больных, значимые для формирования ремиссии.

Материалы и методы исследования. В исследование на первом этапе сплошным методом были включены пациенты в возрасте от 12 до 18 лет, госпитализированные в наркологическое отделение для несовершеннолетних ГБУЗ «ЧОКНБ» в период с 2013 по 2015 год с целью уточнения диагноза и коррекции

психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (коды F10–F19 Международной классификации болезней 10-го пересмотра, 1994, далее — МКБ-10).

На втором этапе исследования была выделена группа пациентов, проживающих на территории города Челябинска, с установленным диагнозом наркологического заболевания (коды F10.2–F19.2 МКБ-10). Третий этап исследования предполагал анализ катамнеза наркологического расстройства после достижения возраста совершеннолетия.

Все пациенты либо их законные представители оформили информированное согласие на участие в исследовании. Из анализа исключались результаты обследования несовершеннолетних с неподтвердившимся наркологическим диагнозом, а также пациенты с длительностью госпитализации менее 7 дней ($n = 11$).

Программа обследования больных была реализована с применением клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, клинико-динамического, клинико-катамнестического и статистических методов. Прицельно изучались социальные, психологические, возрастные, личностные характеристики, специфика межличностного взаимодействия и особенности индивидуальной социализации пациентов.

Сбор и оценка данных осуществлялись из медицинской и иной сопутствующей ей документации пациентов и в ходе клинического обследования специалистами полипрофессиональной бригады.

Инструментом исследования выступала стандартизованная карта, используемая при оценке уровня реабилитационного потенциала (УРП), адаптированная для подросткового возраста. Данная карта включала 4 основных блока: 1) особенности преморбиды; 2) особенности физического, психического и социального развития больного; 3) клинические признаки заболевания; 4) личностные изменения, приобретенные в процессе заболевания. Для получения дополнительных сведений использовались: методика Векслера при оценке уровня интеллектуальных возможностей; патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) либо индивидуально-типологический детский опросник (ИТДО) — для оценки характерологических особенностей. Оценивались динамика клинических и психологических показателей, длительность ремиссий.

Клинические данные, полученные методом когортной выборки, проанализированы и верифицированы статистически с помощью стандартного приложения Excel 2010 пакета Microsoft Office. При этом обработка осуществлялась путем расчета первичных статистик выборки и сравнения удельных долей представленности той или иной переменной или ее уровневых значений в структуре общегрупповых данных (в процентах от общего объема выборки).

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе был проведен анализ 317 случаев госпитализаций 233 несовершеннолетних, стационарированных в специализированное наркологическое отделение ГБУЗ «ЧОКНБ» в указанный период. Диагноз

синдрома зависимости (коды F10.2–F19.2 Международной классификации болезней 10-го пересмотра, МКБ-10, 1994) был установлен у 71,7 % ($n = 167$) госпитализированных несовершеннолетних. На втором этапе из них в исследование было включено 69 пациентов, проживающих на территории г. Челябинска. Это составило 30 % от всех обследованных и 41,3 % от всех несовершеннолетних с установленным диагнозом наркологического заболевания в виде синдрома зависимости.

На момент госпитализации средний возраст данной когорты пациентов составил ($15,8 \pm 0,14$) года; по половой принадлежности — 71 % лиц мужского пола и 29 % женского.

Наследственная отягощенность наркологической патологией родителей и близких родственников подростков упоминалась в анамнезе у 50 человек (72,5 %), в том числе алкоголизм у обоих родителей встречался у 13 обследованных (18,8 %); о наркологических проблемах матери речь шла у 23 пациентов (33,3 %), отца — в 36 случаях наблюдений (52,2 %). Среди родственников преобладало неодобрительное отношение к употреблению психоактивных веществ подростками — у 71 % ($n = 49$), на активное противодействие употреблению психоактивных веществ были нацелены только 27,5 % ($n = 19$).

Исследование особенностей пре- и перинатального периодов развития обследуемых дало следующие результаты. У 7 подростков не удалось получить сведений о раннем периоде развития, так как были утеряны документы, а родители злоупотребляли психоактивными веществами; у 41 (59,4 %) отмечались нарушения в виде задержки внутриутробного развития, хронической внутриутробной гипоксии плода и перинатального поражения ЦНС, но указаний о наркологических проблемах у родителей в анамнезе не было, наблюдались неврологом в раннем периоде 29 из них (42 %).

Среди обследованных подростков большая часть, 78,3 % ($n = 54$), воспитывалась в домашней среде, из них в полной семье — только 21 человек (30 %); одним родителем — 29 человек (42 %), как правило, матерью (28 человек); остальные 21,7 % ($n = 15$) на момент госпитализации являлись воспитанниками центров помощи детям. Опыт помещения в учреждения социальной защиты населения имелся у 31,9 % пациентов ($n = 22$), основная часть успела побывать там до достижения возраста 15 лет. Изучение психотравмирующих факторов, связанных с депривацией в раннем возрасте, показало, что указание на утрату одного из родителей в связи со смертью было в анамнезе у 15 пациентов (22,7 %), при этом в дошкольном возрасте смерть родителей и депривацию пережили 6 человек (8,7 %).

Одной из важнейших характеристик социально-психологического статуса подростков является практика ухода из дома, которая могла быть связана как с социальной дезадаптацией детей, так и выступать в качестве симптома психического расстройства (так называемая дромомания), а также наблюдаться при употреблении психоактивных веществ. Такой опыт имела большая часть подростков — 45 человек

(65,2 %). При этом в возрасте до 15 лет такой опыт приобрели 34,8 % подростков.

Нормальное психическое развитие отмечалось у 58 % обследованных (при том что нормальное физическое развитие было отмечено в 94 %).

Исследование уровневых характеристик интеллектуальных возможностей показало, что интеллектуальный показатель в рамках нормы был обнаружен только у 40 подростков (58,0 %), в пограничной зоне значений (между низкой нормой и умственным дефектом) находились результаты у 21 обследованного (30 %). По программам общеобразовательной школы обучались 42 % пациентов, 26,0 % получали профессиональное образование; 18,8 % обучались по коррекционным образовательным программам. Практически в половине случаев (44,9 %) успеваемость была неудовлетворительной.

Анализ возрастных показателей первого употребления ПАВ у подростков свидетельствует, что 50,7 % ($n = 35$) больных начали курить в возрасте 6–11 лет; остальные 43 % ($n = 30$) — после 12 лет. Спиртные напитки (в основном пиво, коктейли) в возрасте 7–11 лет начали употреблять 42 % несовершеннолетних ($n = 23$); остальные 60,8 % ($n = 42$) — после 12 лет. В этом же возрастном диапазоне начали употреблять ингалянты 10,0 % ($n = 7$) и 11,6 % ($n = 8$) подростков соответственно. Приобрели опыт употребления наркотических веществ из группы каннабиноидов до достижения возраста 12 лет 4,3 % ($n = 3$), остальные 37 % ($n = 26$) — в период от 12 до 16 лет.

Основная масса обследованных получала лечение в стационаре в связи с диагнозом «наркомания» — 32 человека (46 %); в связи с токсикоманией, соответственно, 26 человек (38 %); с зависимостью от алкоголя были госпитализированы 11 несовершеннолетних (16 %). Впервые в жизни были госпитализированы 73,9 % пациентов (51 подросток). У 85 % пациентов ($n = 59$) длительность заболевания составляла от 1 года до 3 лет; у 12 % ($n = 8$) — более 3 лет, у двух человек был установлен диагноз наркологического заболевания длительностью менее года.

Значительная часть пациентов (40,6 %) имела установленный диагноз коморбидного психического расстройства. Для данной категории пациентов было характерным указание в анамнезе на отягощенную наркологическими расстройствами наследственность (у 23 человек из 28), в том числе у 12 человек наследственность была отягощена по линии матери. Чаще всего психиатрические диагнозы относились к рубрикам МКБ-10, связанным с органическим поражением головного мозга (F06 и F07) ($n = 18$). У 5 человек наркологические расстройства развивались на фоне диагноза «умственная отсталость легкой степени» (F70); у 3 человек — на фоне «эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте» (F9). Кроме того, у 2 человек было установлено «биполярное аффективное расстройство» (F31). У лиц с психическими расстройствами органической природы наркологическая патология была представлена в трети случаев син-

дромом зависимости от алкоголя (6 человек из 18); у 7 пациентов был установлен синдром зависимости от наркотических веществ, у 5 пациентов объектом зависимости являлись токсические вещества. У двух пациентов с биполярным аффективным расстройством был установлен наркологический диагноз, отнесенный к рубрике МКБ-10 «Синдром зависимости от наркотических и других психоактивных веществ» (F19.2н). У подгруппы несовершеннолетних с диагнозом «умственная отсталость» объектом зависимости являлись преимущественно токсические вещества (у 4) и алкоголь (у 1 пациента). То же самое можно сказать и о группе подростков с психическими расстройствами из рубрики F9 МКБ-10 — где те же объекты зависимости были представлены, соответственно, в 2 и 1 случае.

По шкале оценки уровня реабилитационного потенциала пациенты распределились следующим образом: высокий УРП, в диапазоне (83 ± 6) баллов, был определен у 15,9%; низкий УРП (ниже 55 баллов) — у значительной части обследованных (68,1%).

Группа пациентов с единственной госпитализацией за период всего исследования составила 50 человек (72,5%), высокий УРП был определен у 16% из них (8 человек); но вместе с тем в случае неоднократных госпитализаций за период исследования (19 человек) высокий УРП был определен у 3 подростков, то есть примерно в таком же проценте случаев (15,8%).

Чуть больше половины случаев (55,1%, $n = 38$) составили подростки с первичной госпитализацией в жизни, которая была также единственной госпитализацией за период всего исследования: среди них высокий УРП был определен у 6 пациентов (15,8%).

На момент катамнестического исследования 94% обследованных (65 человек) достигли возраста совершеннолетия.

По данным амбулаторных карт пациентов, включенных в исследование, у 52% (36 человек) диспансерное наблюдение прекращено за отсутствием сведений в течение истекшего года; 37,7% (26 человек) оформили согласие на диспансерное наблюдение, но годовая ремиссия еще не была установлена; у 4,3% (3 человека) установлена ремиссия длительностью 3 года; у 1 человека (1,4%) была установлена ремиссия длительностью 1 год; у 1 человека диспансерное наблюдение было прекращено в связи с выбытием в места лишения свободы.

Диспансерное наблюдение в связи с установленной ремиссией в течение трех лет было прекращено в установленном порядке только у 3 человек (4,3%): со стажем заболевания до трех лет — в двух случаях (шифры МКБ-10 F19.2н и F15.2н) и до 1 года — в одном (F19.2т). Еще 2 человека (2,9%) готовятся к снятию с диспансерного наблюдения в связи с ремиссией более 2,5 лет: стаж заболевания до трех лет в первом случае (F18.2) и более трех лет — во втором (F19.2н). У 7 пациентов (10,1%) клиническая динамика наркологического заболевания была расценена как относительно благоприятная — так как они прошли курс амбулаторной либо стационарной реабилитации, об-

ращались на прием к врачу — психиатру-наркологу для подтверждения ремиссии. Таким образом, только у 12 (17,4%) наблюдаемых пациентов отмечалась относительно благоприятная динамика наркологической патологии. Данную группу отличают такие социальные характеристики, как воспитание в условиях домашней обстановки (5 подростков воспитывались в полной семье, еще 5 — без участия отца по причине развода родителей, 2 человека находились под опекой родственников, родители состояли в разводе). Наряду с этим отмечалась наследственная отягощенность анамнеза наркологической патологией у обоих родителей в 3 случаях, у четверых подростков — только у отца, в 1 случае алкоголизм упоминался у близкого родственника. Отсутствие отягощенного анамнеза было отмечено только в 4 из 12 случаев наблюдений в этой группе. Во всех случаях возраст начала употребления психоактивных веществ с целью опьянения — после достижения возраста 12 лет. Отношение родственников к употреблению психоактивных веществ подростком в 8 случаях было неодобрительным, в 4 случаях — в виде активного противодействия. Сопутствующий психиатрический диагноз был установлен только у 2 несовершеннолетних (шифры МКБ-10 F07.9 и F70.1).

Ни разу не посетили врача после стационарного лечения в подростковом возрасте, и диспансерное наблюдение было прекращено из-за отсутствия сведений более 1 года у 30 человек (43,5%). Среди этого количества лица с так называемым «двойным диагнозом» составили 53%.

У 21 пациента (30,4%) на момент проведения исследования был зафиксирован срыв ремиссии. В возрасте совершеннолетия 11,6% ($n = 8$) имели опыт лечения в стационаре по решению судебных органов (6 из них больше в дальнейшем не обращались к врачу на прием для установления ремиссии); по направлению врача были пролечены в стационаре 12 человек, из них неоднократно — 5 человек. Смертельных исходов зарегистрировано не было, возрастания удельного веса больных, достигших состояния устойчивой ремиссии при достижении возраста совершеннолетия, не отмечалось.

Выводы. Таким образом, клинико-катамнестическая характеристика вариантов динамики синдрома зависимости от психоактивных веществ, сформированного в подростковом возрасте, учтенных за последние 3–5 лет на территории г. Челябинска, имеет разнонаправленный характер. Среди вариантов исходов наркоманической аддикции у пациентов, снятых с диспансерного учета, преобладает прекращение диспансерного наблюдения из-за нарушения режима посещений либо полное игнорирование рекомендаций врача — психиатра-нарколога о такой необходимости.

Согласно анализу амбулаторных карт несовершеннолетних лиц с установленным диагнозом синдрома зависимости, только у 8,7% пациентов достигается ремиссия в 1 год и более после проведенного стационарного лечения.

Больные с установленным диагнозом синдрома химической зависимости, прошедшие полный курс реабилитационной программы, имеют отличительные социально-психологические характеристики, связанные с условиями воспитания в условиях домашней среды, а также небольшие сроки употребления пси-

хоактивных веществ с приобщением к их употреблению в возрасте старше 12 лет. В преобладающем большинстве случаев (2/3) характерологические девиации больных были ограничены уровнем акцентуации при удовлетворительной социальной адаптации в преморбиде.

Литература

1. Скугаревская Е. И. и др. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Особенности раннего алкоголизма. Лечение и профилактика // Клиническая психиатрия. Детский возраст : учеб. пособие / под ред. проф. Е. И. Скугаревской. Мн. : Выш. шк., 2006. 462 с.
2. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М. : Медицина, 1973. 392 с.
3. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста : рук. для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп. М. : Медицина, 1995. 560 с.
4. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л. : Медицина, 1985. 416 с.
5. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М. : КРОН-ПРЕСС, 1996. 208 с.
6. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология : рук. для врачей. М. : Медицина, 2008. 640 с.
7. Надеждин А. В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. М. : Медпрактика-М, 2002. 444 с.

Сведения об авторах

Трубина Ольга Сергеевна, зав. детско-подростковой наркологической службой, главный детский нарколог г. Челябинска. ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница»

Адрес: г. Челябинск, ул. 40 лет Октября, д. 32в; тел +7 351 214-02-12, e-mail: trubinaolg@yandex.ru

Малинина Елена Викторовна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: malinina.e@rambler.ru

УДК 616.8-089

Балльный способ верификации фасеточного болевого синдрома поясничного отдела позвоночника

А. В. Яриков^{1, 2}, А. В. Яксаргин²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 39», Нижний Новгород

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 40», Нижний Новгород

Ball method of facet pain syndrome verification of lumbar spine

A. V. Yarikov^{1, 2}, A. V. Yaksargin²

¹ City Clinical Hospital № 39, Nizhny Novgorod

² City Clinical Hospital № 40, Nizhny Novgorod

Аннотация. В данной работе авторами подробно описан новый способ диагностики фасеточного болевого синдрома поясничного отдела позвоночника. Суть способа заключается в следующем — проводят анкетирование и осмотр больных, страдающих болью в спине, и оценивают следующие показатели: возраст, анамнез и жалобы, неврологический статус и данные инструментальных методов обследования, объем и характер движений в поясничном отделе позвоночника. Далее пациенту производят блокаду дугоотросчатых суставов смесью местного анестетика и глюкокортикостероида. Далее баллы суммируют и выявляют причину болей в спине. Далее в статье приведены клинические примеры, на которых применен новый способ. Данный новый способ применен у 73 больных, и его эффективность доказана хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Таким образом, данный способ дает возможность точно верифицировать причину болей в спине и спланировать своевременное интервенционное лечение, что позволит уменьшить продолжительность лечения и быстрее вернуть больного к трудоспособности.

Ключевые слова: спондилоартроз; фасет-синдром; дугоотросчатый сустав; денервация суставов; боль в спине.

Abstract. In this paper, the authors describe in detail a new method of diagnosis of facet pain syndrome of the lumbar spine. The essence of the method is as follows — conduct a survey and examination of patients suffering from back pain, and evaluate the following indicators: age, history and complaints, assessment of the neurological status and data of instrumental methods of examination, assessment of the volume and nature of movements in the lumbar spine. Next, the patient produces a blockade of the arcuate joints with a mixture of local anesthetic and glucocorticosteroid. Next, the points are summed to identify the cause of back pain. Later

in the article the clinical examples on which the new method is applied are given. This new method was used in 73 patients and its results were proved by good immediate and long-term results. Thus, this method makes it possible to accurately verify the cause of back pain and plan timely interventional treatment, which will reduce the duration of treatment and quickly return to the patient's ability to work.

Keywords: spondylosis; facet syndrome; facet joint denervation of joints; back pain.

Введение. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника являются одними из распространенных хронических заболеваний, представляющих серьезную проблему (Тюликов К. В., 2013). Доказано, что в течение жизни один или несколько случаев болей в спине переносит более 90 % населения (Коновалов Н. А., 2011). Вертеброгенный болевой синдром представляется актуальной и социально важной проблемой современного здравоохранения, сопровождается снижением качества жизни и работоспособности, а также сохраняется в качестве ведущего фактора обращения за медицинской помощью (Бывальцев В. А., 2017).

Этиология болевого синдрома в спине многообразная, что в существенной степени затрудняет процедуру ее диагностики и лечения (Коновалов Н. А., 2009). Одной из причин болей может быть патология межпозвонковых (дугоотросчатых) суставов (Бывальцев В. А., 2017; Певзнер К. Б., 2006). В узконаправленной литературе существуют многообразные синонимы данного заболевания: фасет-синдром, фасеточный синдром, фасеточный болевой синдром, артроз межпозвонковых суставов, артроз дугоотросчатых суставов (ДОС) и спондилоартропатический синдром (Луцик А. А., 2004).

Люди с хронической болью в нижней части спины получают медикаментозное лечение с использованием многообразных методов анальгезии, большинство из которых не имеет весомых доказательств эффективности при оценке уровня болевого синдрома и функционального статуса (Коновалов Н. А., 2009). В доминирующем числе случаев при лечении вертеброгенного болевого синдрома эффективно применяют нестероидные противовоспалительные препараты, но при этом в большой степени данные средства повышают риск развития желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений, в частности у людей пожилого и старческого возраста (Бывальцев В. А., 2017). Консервативные методы лечения фасет-синдрома поясничного отдела позвоночника (ПОП) в настоящее время являются неэффективными и постепенно уступают свое место хирургическим, малоинвазивным и интервенционным методам (Волков И. В., 2017; Певзнер К. Б., 2006). Существуют различные малоинвазивные способы лечения больных со спондилоартрозом: радиочастотная денервация, лазерная денервация, медикаментозная дерекцепция МПС (Коновалов Н. А., 2011; Луцик А. А., 2004).

Имеющиеся в литературе данные неконкретны, а подчас просто противоречивы; отсутствуют данные о частоте, особенностях клинического течения спондилоартроза (Певзнер К. Б., 2006). Все это затрудняет диагностику данного заболевания. В последние годы за рубежом активно применяют методики, реализующие унифицированный подход к оценке состояния больного. В первую очередь это шкалы, которые в теории измерений формируются как совокупность трех

элементов: эмпирической системы, числовой системы и правила (отображения), согласно которому объекты эмпирической системы ставятся в соответствие объектам числовой системы, то есть числам. Шкалирование в медицинской метрологии — это совокупность методических приемов, позволяющих приписывать числовые значения исследуемым показателям. В математической теории измерений, которая отвлекается от физических аспектов получения числовых значений, шкалирование обычно называют просто измерением (иногда используется также термин «оценка») (Коновалов Н. А., 2009).

Цель исследования: разработать новый способ диагностики фасет-синдрома ПОП и оценить его клиническую эффективность.

Материалы и методы исследования. На основе клинической практической работы в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39» (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) и «Городская клиническая больница № 40» г. Нижний Новгород разработан новый способ диагностики фасет-синдрома поясничного отдела позвоночника, на который получен патент РФ на изобретение № 2651054 от 18.04.2018. Выполняют анкетирование и обследование лиц с болью в области ПОП и оценивают следующие признаки: возраст, анамнез и жалобы, неврологический статус и результаты инструментальных методов обследования, амплитуду движений в ПОП. Далее больному выполняют инъекцию в зону ДОС смесью местного анестетика (новокаин, лидокаин, ультракаин) и глюкокортикоида (дексаметазон, дипроспан, кеналог, бетаметазон) с двух сторон в заранее распланированной зоне (межсуставная щель) ДОС и оценивают влияние данной инъекции на интенсивность болевого синдрома. Далее показатели оценивают в единицах по таблице 1.

Собранные единицы суммируют и при сумме 10 и менее квалифицируют, что причиной болей в ПОП не является фасет-синдром, а при сумме 11 и более этиологией болей в ПОП является фасет-синдром.

Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и по опроснику Освестри (ODI). Данные нейровизуализации: МРТ — 0,5; 1,5 или 3,0 Тесла; КТ — 16; 32 или 64 спирали. Для интерпретации степени дегенеративных изменений ДОС по МРТ применялась классификацию A. Fujiwara (2000), а по КТ — D. Weishapt (1999) [1].

Денервация (невротомия) ДОС выполнялась под местной анестезией и навигационным рентген-контролем С-дуг PHILIPS или SIEMENS. Перед операцией проводили маркировку кожи, для чего применяли рентгеноконтрастную сетку. Невротомия должна производиться прецизионно под строгим внимательным рентгенологическим навигационным кон-

тролем. Для произведения денервации ДОС больной располагался лежа на животе. С целью обретения стойкой, основательной дерекцепции ДОС применяли 96% этиловый спирт и местный анестетик. Иглу вводили до упора в зону сочленения ДОС и поперечного отростка (рисунок 1). Вначале в иглу вводили 1–2 мл раствора местного анестетика. После местного анестетика вво-

дили 0,5–1 мл 96% этилового спирта с прерывистым его влитием около 0,1–0,2 мл с периодичностью 60 с до тех пор, пока заключительный ввод не будет полностью безболезненным. Это подтверждает свершившуюся деструкцию нерва ДОС («медикаментозная невротомия»). Операцию заканчивали введением местного анестетика в ткани, окружающие ДОС.

Таблица 1

Единичная оценка показателей у лиц с болями в ПОП

Признаки	Единицы
Начало заболевания: - постепенное	2
- острое	1
Возраст старше 35 лет	1
Локализация болей: в нижнепоясничном отделе позвоночника без распространения	2
с распространением в ягодицы и дорзальную поверхность бедер или в область вентральной поверхности передней брюшной стенки и паховую область	1
Отсутствие неврологической симптоматики (радикулопатии, перемежающей хромоты, миелопатии)	1
Утренняя затрудненность движений в ПОП	2
Снижение болей и затрудненности движений в ПОП при гимнастике, зарядке	1
Обострение / увеличение болей в ПОП при флексии-экстензии	2
Увеличение интенсивности болей в ПОП при вертикализации тела	1
Уменьшение объема движений в ПОП	2
Прерывистое выпрямление ПОП	1
Локальная болезненность при пальпаторном исследовании в зоне ДОС	1
Нейрорадиологические изменения ДОС [по данным компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ)]	1
Снижение интенсивности болей в ПОП после инъекции в зону ДОС смесью местного анестетика и глюкокортикоида	2

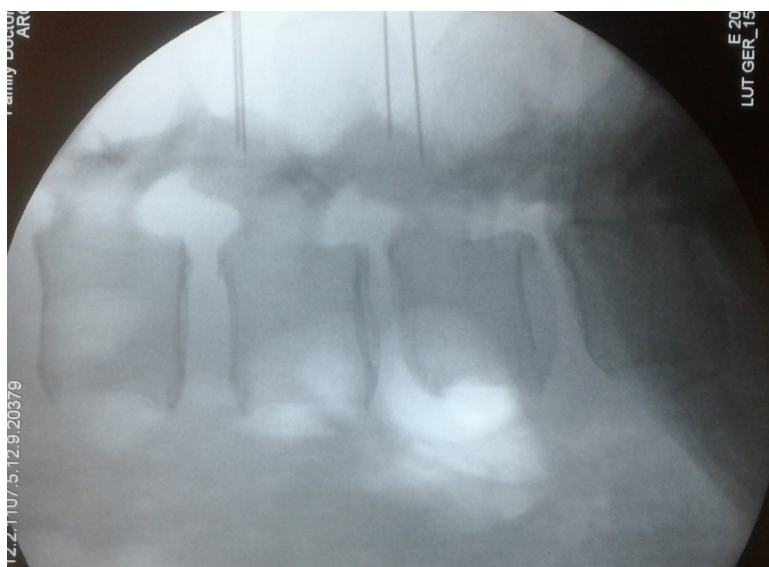


Рисунок 1. Рентгенография ПОП. Проведение денервации ДОС
Fig. 1. X-ray POP. Conducting a denervation of DOS

Противопоказаниями для проведения денервации ДОС были:

- зависимость от алкоголя, наркотических и седативных препаратов, присутствие социальных и психологических причин, устанавливающих восприятие болевого синдрома;
- наличие или подозрение на злокачественные новообразования;
- локальный или генерализованный воспалительный процесс;
- признаки компрессии корешков и/или спинного мозга.

С целью профилактики рецидивов болей в ПОП и их хронизации всем пациентам рекомендовали избегать провоцирующих факторов, регулярно заниматься лечебной физкультурой и гимнастикой и отказаться от вредных привычек.

Далее приведем клинические примеры использования данного способа.

Пример 1. Пациентка К., 68 лет (1 единица), медицинская карта № 7606, госпитализирована 06.09.2016 в отделение нейрохирургии № 1 городской клинической больницы № 39 г. Нижний Новгород (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) с жалобами на локальные боли в ПОП (2 единицы), увеличивающиеся при движениях (1 единица), затрудненность движений в ПОП (2 единицы). На момент поступления в отделение ВАШ — 8 баллов, Освестри — 64 балла.

Установлено прогрессирование заболевания в течение 2 лет (2 единицы). При зарядке и гимнастике фиксируется уменьшение затрудненности движений и болей в ПОП (1 единица).

Неврологическая симптоматика: нарушения чувствительности по типу гипестезии по S1 корешку слева (0 единиц).

При пальпаторном исследовании фиксируется локальная болезненность в зоне ДОС (1 единица). Амплитуда движений в ПОП в полном объеме (0 единиц). При совершении сгибательно-разгибательного движения в ПОП фиксируется обострение болей в ПОП (2 единицы). Прерывистое выпрямление ПОП не наблюдается.

По магнитно-резонансной томографии ПОП: признаки спондилоартроза L4–5, L5–S1 (А. Fujiwara — III степень) (1 единица).

По компьютерной томографии ПОП произведено измерение локализации межсуставной щели ДОС L4–5. Пациентке в перевязочной произведена инъекция в ДОС L4–5 с двух сторон новокаином и кеналогом в заранее маркированной зоне, после которой больная отмечает снижение тяжести и интенсивности болей в ПОП (2 единицы).

Сумма единиц — 15. Таким образом, причиной болей в ПОП является фасет-синдром.

12.09.2016 проведена «денервация (невротомия) ДОС L3–4, L4–5, L5–S1 с двух сторон под рентгенологическим контролем».

Послеоперационный период — без осложнений, регистрируется деградация болей и блокады движений

в ПОП. Пациентка выписана на 4-е сутки после невротомии на амбулаторное лечение, через 7 дней возвратилась к работе. При выписке на амбулаторное лечение ВАШ — 3 балла, Освестри — 16 баллов.

Пример 2. Пациентка Ш., 68 лет (1 единица), медицинская карта № 8177, госпитализирована 26.09.2016 в отделение нейрохирургии № 1 ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39» г. Нижний Новгород (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) с жалобами на боли в ПОП с иррадиацией в правую ногу до области тыла стопы (1 единица), увеличивающиеся при движениях (1 единица), затрудненность и спаянность движений в ПОП (2 единицы). На момент поступления в отделение ВАШ — 7 баллов, Освестри — 56 баллов. Из анамнеза выяснено, что прогрессирование заболевания продолжалось постепенно в течение 10 лет (2 единицы). При зарядке фиксируется снижение стесненности движений и болей в ПОП (1 единица).

Неврологическая симптоматика: синдром нейрогенной перемежающей хромоты (0 единиц).

При пальпаторном исследовании ПОП не выявлена локальная болезненность в зоне ДОС (0 единиц). Объем движений в ПОП ограничен: флексия — 30°, экстензия — 25°, боковые наклоны — 15°, ротация — 2° (2 единицы). При совершении сгибательно-разгибательного движения в ПОП фиксируется увеличение интенсивности болей в спине (2 единицы). Прерывистое выпрямление ПОП не наблюдается (0 единиц).

По МРТ ПОП — признаки спондилоартроза L4–5, L5–S1 (А. Fujiwara — IV степень); по КТ ПОП — деформирующий артроз ДОС L2–S1 (D. Weishapt — Grade C) (1 единица).

По КТ ПОП выполнено установление локализации межсуставной щели ДОС L4–5. Пациентке в перевязочной произведена инъекция в ДОС L4–5 с двух сторон смесью лидокаина и дипроспана в заранее маркированной области, после которой больная отмечает снижение тяжести и интенсивности болей в ПОП — 2 балла.

Сумма единиц — 15. Таким образом, причиной болей в ПОП является фасет-синдром.

03.10.2016 проведена «денервация (невротомия) ДОС L2–3, L3–4, L4–5 с двух сторон под рентгенологическим контролем».

Постоперационный период — без осложнений, фиксируется деградация болей и стесненности движений в ПОП. Пациентка выписана на 4-е сутки после невротомии на амбулаторное лечение. При выписке на амбулаторное лечение ВАШ — 2 балла, Освестри — 18 баллов.

Результаты исследования и их обсуждение. В настоящий момент интервенционные (пункционные и малоинвазивные) методики лечения болевого синдрома получили широкое распространение, в США выполняется около 5 млн интервенций в год только на позвоночнике, лечение боли выделилось в самостоятельную дисциплину (Волков И. В., 2017). В России интервенционные технологии хорошо известны, но применяются гораздо

реже, в том числе в крупных нейрохирургических стационарах. В отличие от консервативного лечения малоинвазивные и интервенционные методы имеют большое количество преимуществ: сокращение сроков лечения, отсутствие побочных эффектов системного лечения, более эффективные результаты лечения. Это экономически рентабельнее пролонгированного и существенно более дорогостоящего консервативного лечения.

Предлагаемый новый унифицированный способ применен у 73 больных, и его эффективность доказана хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Этот способ дает возможность подлинно удостовериться в диагнозе и провести своевременное интервенционное лечение, что позволит уменьшить продолжительность лечения и быстрее вернуть больного к трудоспособности. Новый способ показал высокую клиническую эффективность в верификации причины боли в ПОП и используется в клинической практике нейрохирургических отделений городской клинической больницы № 39 (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) и городской клинической больницы № 40 г. Нижний

Новгород, неврологического отделения центральной городской больницы г. Арзамас. Данный способ может использоваться в работе нейрохирургических, неврологических и амбулаторно-поликлинических отделений, центров малоинвазивной хирургии позвоночника и клиник лечения боли. В заключение отметим, что интервенционные методы, так же как и минимально инвазивные, в настоящее время необходимо шире использовать при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Выводы:

1. Новый способ диагностики фасет-синдрома ПОП показал свою клиническую эффективность, что требует его более широкого внедрения в практическое здравоохранение.

2. Фасет-синдром является одной из самых распространенных причин боли в области ПОП, что требует более широкого информирования врачей первичного звена (неврологов, терапевтов, врачей общей практики) о способах его диагностики и лечения.

3. Необходимо шире использовать интервенционные методы в лечении спондилоартроза.

Литература

1. Бывальцев В. А., Калинин А. А., Оконешникова А. К. Анализ клинической эффективности применения метода фасетопластики при лечении фасет-синдрома в поясничном отделе позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30, № 1. С. 84–91.
2. Волков И. В., Карабаев И. Ш., Пташников Д. А., Коновалов Н. А., Поярков К. А. Возможности ультразвуковой навигации для радиочастотной денервации межпозвонковых суставов поясничного отдела позвоночника // Травматология и ортопедия России. 2017. Т. 23, № 4. С. 29–38.
3. Волков И. В., Карабаев И. Ш., Алексанин С. С. Биологическая и радиационная безопасность пациентов при интервенционных и минимально инвазивных вмешательствах при заболеваниях и травмах позвоночника: опыт отделения нейрохирургии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 3. С. 38–46.
4. Коновалов Н. А., Шевелев И. Н., Корниенко В. Н., Назаренко А. Г. Клинико-диагностическая оценка выраженности дегенеративного поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2009. Т. 3, № 3. С. 17–20.
5. Коновалов Н. А., Прошутинский С. Д., Назаренко А. Г., Королишин В. А. Радиочастотная денервация межпозвонковых суставов при лечении болевого фасеточного синдрома // Журнал «Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко». 2011. Т. 75, № 2. С. 51–55.
6. Луцки А. А., Колотов Е. Б. Диагностика и лечение спондилоартроза // Медицина в Кузбассе. 2002. № 1. С. 55–59.
7. Певзнер К. Б., Евзиков Г. Ю. Чрескожная радиочастотная деструкция суставных нервов как метод выбора в лечении поясничных болей // Неврологический журнал. 2006. Т. 11, № 2. С. 45–49.
8. Тюликов К. В., Мануковский В. А., Литвиненко И. В., Коростелёв К. Е., Бадалов В. И. Минимально инвазивные методы лечения болевого и корешкового синдромов, вызванных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2013. № 1. С. 41.

Сведения об авторах

Яриков Антон Викторович, канд. мед. наук, врач-нейрохирург, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40»

Адрес: 603028, г. Нижний Новгород, Московское шоссе, д. 144; тел. +7 831 279-20-11; e-mail: anton-yarikov@mail.ru

Яксаргин Алексей Владимирович, врач-нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40»

E-mail: yaksargin@yandex.ru

УДК 616.12-008.331.1:06:616.13-092(574)

Ремоделирование сонных артерий при артериальной гипертензии в казахской популяции, фенотип/генотип, возможности для изменения лечебной тактики**В. В. Бенберин, А. А. Ахетов, Т. А. Вощенко, Н. А. Шаназаров**

Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

Carotid remodeling in hypertension in Kazakh population: phenotype/genotype, possibility to change the disease management**V. V. Benberin, A. A. Akhetov, T. A. Voshchenkova, N. A. Shanazarov**

Hospital Medical Center of the Office of the President of the Republic of Kazakhstan

Ключевые слова: артериальная гипертензия; ремоделирование сердечно-сосудистой системы; полиморфизмы генов; казахская популяция.**Keywords:** arterial hypertension; remodeling of the cardiovascular system; gene polymorphisms; Kazakh population.

Актуальность. Высокий риск инвалидности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является главной проблемой здравоохранения в Казахстане, как и во всем мире. Артериальная гипертензия (АГ), ремоделируя сердечно-сосудистую систему, наиболее часто способствует реализации этого риска у пациента. Очевидно, что предотвращение необратимых изменений сердечно-сосудистой системы при АГ лежит в первичной профилактике, а именно в раннем выявлении и коррекции факторов риска раннего ремоделирования сердечно-сосудистой системы.

Генетическая отягощенность, как правило, сопровождает АГ [1]. Однако до сих пор недостаточно данных о генетической детерминированности раннего ремоделирования сонных артерий при артериальной гипертензии в казахской популяции.

Цель работы: исследовать наличие связи фенотип/генотип для раннего ремоделирования сонных артерий при АГ в казахской популяции для изменения лечебной тактики.

Материалы и методы. В 2018 году в дизайне «случай-контроль» были рекрутированы лица казахской популяции, всего в исследование было включено 304 мужчины и женщины в возрасте 20–59 лет. Были использованы стандартизированные эпидемиологические методы исследования (измерение АД, антропометрия, медицинская история АГ и лечения, факторы риска, социально-демографические параметры, общеклинические и биохимические показатели). Однонуклеотидные полиморфизмы тестировали с помощью ПЦР в реальном времени.

Результаты. Участники исследования в зависимости от признаков ремоделирования ССС распределились следующим образом: без ремоделирования (БР) — 30 человек, с ремоделированием сонной артерии (РСА) — 133, с РМ и РСА — 141. При сравнении средних в данных группах было получено, что в группе БР средний возраст был 47,5 года, РСА — 48,1, РСА + РМ — 53,3 года, разница значима ($p < 0,05$). Средние окружности талии в группе БР — 95,7 см, РСА — 95,4 см, РСА + РМ — 99,3 см, разница значима ($p < 0,05$). Средний индекс массы тела в группе БР был

27,4, РСА — 30,1, РСА + РМ — 32,7, разница значима ($p < 0,05$). Полученные данные позволили сформировать 3 фенотипа АГ для казахской популяции.

Обсуждение и выводы. При оценке фенотипов АГ в казахской популяции определена наиболее часто встречающаяся последовательность: «без ремоделирования — моделирование сонных артерий — моделирование сонных артерий и миокарда». Кроме того, получены данные по моделирующему эффекту пола, окружности талии, наличию сахарного диабета. Однако не удалось подтвердить значимость уровня систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД).

Полученные результаты по средним значениям возраста, веса, окружности талии значимо ниже в группах БР и РСА и выше — в группе РМ + РСА. Разница в средних значениях возраста подтверждает вероятность первичного развития РСА и последующего присоединения РМ, сочетание обеих форм ремоделирования свидетельствует о необратимых системных нарушениях структуры сердечно-сосудистой системы и формировании ее недостаточности. В то же время известно, что медицинское влияние на уровне ремоделирования сонных артерий позволяет уменьшить его проявление, а значит, удлинить период развития сердечной недостаточности, отсрочить инвалидность и смертность.

Нами реплицировано 5 известных ассоциаций полиморфизма генов: rs5443 гена GNB3 [2], rs4253778 гена PPAR α [3], rs4762 гена AGT [4], rs1801133 гена MTHFR [5], rs1801394 гена MTRR [5], а также выявлена новая ассоциация полиморфизма rs429358 гена ApoE [6, 7]. Эти связи в казахской популяции, отличной от ранее исследованных популяций по профилю ряда факторов риска (климатогеографические, национальные традиции питания, пр.), предполагают вовлеченность идентифицированных или близких фокусов в механизмы предрасположенности к раннему ремоделированию сонных артерий при АГ. Тем не менее мы понимаем, что малая выборка в нашем исследовании не обеспечивает убедительности таких выводов, исследование будет продолжено.

Таким образом, предиктором ранней сердечной недостаточности в казахской популяции при АГ на уров-

не фенотипа мы рассматриваем факт ремоделирования сонных артерий, на уровне генотипа — наличие полиморфизмов генов, ассоциированных с данным фенотипическим признаком. Наличие такой ассоциации

у конкретного пациента с АГ позволяет соответствующим образом менять медицинскую тактику, удлиняя срок наступления сердечно-сосудистой инвалидности и смертности.

Литература

1. Micheu M. M., Scarlatescu A. I., Tautu O. F. et al. Molecular markers in arterial hypertension // J. Hypertens. Res. 2016. Vol. 2, № 2. P. 52–60.
2. Semplicini A., Grandi T., Sandona C. et al. G-Protein b3-Subunit Gene C825T Polymorphism and Cardiovascular Risk: An Updated Review // High Blood Press. Cardiovasc. Prev. 2015. Vol. 22, № 3. P. 225–232.
3. Gu S. J., Guo Z. R., Zhou Z. Y. et al. PPAR α and PPAR γ polymorphisms as risk factors for dyslipidemia in a Chinese Han population // Lipids Health Dis. 2014. Vol. 13. P. 23.
4. Kolovou V., Lagou E., Mihas C. et al. Angiotensinogen (AGT) M235T, AGT T174M and Angiotensin-1-Converting Enzyme (ACE) I/D Gene Polymorphisms in Essential Hypertension: Effects on Ramipril Efficacy // Cardiovasc. Med. J. 2015. Vol. 9. P. 118–126.
5. Li W. X., Dai S. X., Zheng J. J. et al. Homocysteine Metabolism Gene Polymorphisms (MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTR A2756G and MTRR A66G) Jointly Elevate the Risk of Folate Deficiency // Nutrients. 2015. Vol. 7, № 8. P. 6670–6687.
6. Wu S., Hsu L. A., Teng M. S. et al. Interactive effects of C-reactive protein levels on the association between APOE variants and triglyceride levels in a Taiwanese population // Lipids Health Dis. 2016. Vol. 15. P. 94.
7. Чернявина А. И., Суровцева М. В. Вклад полиморфизма генов сердечно-сосудистого риска в развитие артериального ремоделирования в зависимости от наличия артериальной гипертензии // Российский кардиологический журнал. 2018. № 1 (153). С. 43–50.

Сведения об авторах

Бенберин В. В., д-р мед. наук, директор Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

Адрес: 010000, г. Нур-Султан, район Есиль, ул. Е495 № 2; тел. +7 7172 70-80-90; e-mail: bmcudpportal@bmc.mcup.kz

Ахетов А. А., д-р мед. наук, директор Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Нур-Султан

E-mail: bmcudpportal@bmc.mcup.kz

Вощенкова Т. А., зам. руководителя Центра геронтологии Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Нур-Султан

E-mail: bmcudpportal@bmc.mcup.kz

Шаназаров Н. А., д-р мед. наук, зам. директора по науке и стратегии развития Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Нур-Султан

E-mail: bmcudpportal@bmc.mcup.kz

УДК 616.61-008.64

Реконструкции дистальных артериовенозных фистул при их дисфункции

Б. А. Веселов¹, А. Н. Попов², Е. П. Бурлева³

¹ Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на ст. Екатеринбург-Пассажирский ОАО «РЖД», Екатеринбург

² Муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая больница № 40», Екатеринбург

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Reconstructions of distal arterio-venous fistulas with their dysfunction

B. A. Veselov¹, A. N. Popov², E. P. Burleva³

¹ Clinical Hospital at the station Ekaterinburg — Passajirsky JSC Russian Railways, Ekaterinburg

² Municipal clinical hospital № 40, Ekaterinburg

³ Ural State Medical University, Ekaterinburg

Аннотация. В краткой статье представлены варианты реконструкций артериовенозных фистул на предплечье при наличии юктаанастомозных стенозов и стенозов лучевой артерии. Две авторские методики опираются на данные ультразвукового картирования и учитывают определенные анатомические особенности расположения артерий и вен предплечья. Предлагаемые методики направлены на профилактику синдрома рециркуляции в артериовенозной фистуле для улучшения эффективности процедуры гемодиализа.

Ключевые слова: хронический гемодиализ; артериовенозная фистула; реконструктивная хирургия.

Abstract. A brief article presents options for the reconstruction of arterio-venous fistulas on the forearm in the presence of juxtaanastomous stenoses and stenoses of the radial artery. Two author's methods rely on ultrasound mapping data and take into account certain anatomical features of the location of the arteries

and veins of the forearm. The proposed methods are aimed at preventing the recirculation syndrome in the arterio-venous fistula to improve the efficiency of the hemodialysis procedure.

Keywords: chronic hemodialysis; arterio-venous fistula; reconstructive surgery.

Синдром рециркуляции в артериовенозной фистуле (АВФ) — наиболее частая причина снижения эффективности процедуры гемодиализа и наиболее частое показание к ее реконструкции. Основной причиной развития рециркуляции крови в АВФ является ее дисфункция из-за развития стенозов различной локализации.

Дисфункция сосудистого доступа по определению (NKF DOQI) — это невозможность достижения скорости кровотока 300 мл/мин и больше в течение первых 60 минут диализа после хотя бы одной попытки ее исправить. Риск развития рециркуляции возникает при объемной скорости кровотока по фистуле менее 500–600 мл/мин, при максимальной скорости забора крови менее 250 мл/мин и будет нарастать при увеличении скорости забора. Рециркуляция крови в АВФ возникает из-за ее дисфункции, вызванной в свою очередь развитием гемодинамически значимых стенозов различной локализации. Это стенозы:

- приводящей артерии (атеросклероз, диабетическая ангиопатия, кальциноз, гипоплазия);
- артериовенозного анастомоза;
- фистульной вены в зоне анастомоза и дистальнее на 3–5 см от него (наиболее частая локализация в связи с наличием в этой зоне высоких скоростей и турбулентного характера кровотока);
- проксимальных стенозов фистульной вены (из-за пристеночных тромбов в местах пункций и в аневризматически измененных участках);
- центральных вен (подключичных, брахиоцефальных, верхней полой вены).

Цель работы: представить опыт реконструкций дистальных АВФ при наличии в них юктаанастомозных стенозов (стенозов артериального анастомоза и зоны около него), а также стеноза приводящей (лучевой) артерии.

При наличии юктаанастомозного стеноза традиционная реконструктивная операция заключается в формировании нового анастомоза проксимальнее стенозированного участка по типу «конец вены в бок артерии». При этом рабочая часть АВФ укорачивается, в отдельных случаях значительно, что является неблагоприятным фактором для удобства дальнейшей экс-

плуатации доступа и его выживаемости. Мы являемся сторонниками реконструкции дистальной АВФ с максимальным сохранением рабочей части реконструируемой фистулы и ликвидацией синдрома рециркуляции.

Предлагаемая тактика. Всем пациентам проводится ультразвуковое картирование сосудов в зоне АВФ. При выявлении «благоприятной» анатомии (близкое расположение фистульной вены относительно лучевой артерии, неширокая и невыраженная плечелучевая мышца в средней трети предплечья) возможно формирование нового анастомоза в средней трети предплечья по типу «бок фистульной вены в бок лучевой артерии». При таком типе анастомоза АВФ трансформируется в частично ретроградную. Аналогичный принцип реконструкции используем при выявленных протяженных стенозах приводящей (лучевой) артерии с органическим поражением ее стенки (атеросклероз, кальциноз, гипоплазия).

При выявлении таких анатомических особенностей, как 1) наличие перфорантной вены кубитальной ямки, расположенной на расстоянии, доступном для анастомозирования с плечевой артерией; 2) отсутствие стенозов фистульной вены на предплечье и желательное наличие адекватной головной вены на плече, формируем плече-перфорантную АВФ типа Gracz.

Отличий от оригинальной методики два: 1) разрушаются при необходимости клапаны в фистульной вене на предплечье; 2) при необходимости проксимальнее анастомоза перевязывается v. intermedia basilica, чтобы переориентировать кровоток на предплечье и в головную вену на плече, а также снизить нагрузку на правые отделы сердца.

Заключение. Преимущество предложенной АВФ по сравнению с другими ретроградными фистулами в кубитальной ямке заключается в редком возникновении синдрома венозной гипертензии и синдрома обкрадывания. Такие АВФ не требуют обязательного наличия адекватных поверхностных вен на плече. Длина рабочей части фистулы практически не уменьшается. АВФ высоко резистентна к развитию рециркуляции при вколе «артериальной» иглы в участок с ретроградным кровотоком, а «венозной» — с антеградным кровотоком.

Литература

1. Мойсюк Я. Г., Беляев А. Ю. Постоянный сосудистый доступ для гемодиализа. Тверь : Триада, 2004. 152 с.
2. Клейза Ю. В., Дайнис Б. Э. Ангиохирургические аспекты подготовки больного к гемодиализу. Вильнюс : Москлас, 1980. 204 с.
3. NKF-DOQI clinical practice guidelines for vascular access. New York, National Kidney Foundation, 1997. 191 p.
4. Zeraati A., Mousavi S., Mousavi M. A Review Article: Access Recirculation Among End Stage Renal Disease Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis // Nephrourol. Mon. 2013. Vol. 5, № 2. P. 728–732.

Сведения об авторах

Веселов Борис Анатольевич, канд. мед. наук, сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Свердловск-Пассажирский ОАО «РЖД»

Адрес: 620107, г. Екатеринбург, ул. Гражданская, д. 9; тел. +7 343 204-95-05, e-mail: rzd-med.ekb@yandex.ru

Попов Алексей Николаевич, канд. мед. наук, сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии МАУ «Городская клиническая больница № 40»

E-mail: gkb40@gkb40.ur.ru

Бурлева Елена Павловна, д-р мед. наук, профессор кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
E-mail: burleva@gkb40.ur.ru

УДК 616-083.98+614.2:658

Организационные подходы к обеспечению качества неотложной медицинской помощи при формировании системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (методические рекомендации)

М. Г. Москвичева, Е. С. Щепилина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

Organizational approaches to quality assurance of emergency medical care in the formation of the system of internal quality control and safety of medical activities

M. G. Moskvicheva, E. S. Shchepilina

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk

Аннотация. Представлен примерный перечень организационных и методических мероприятий, рекомендуемых при формировании системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике, реализация которых позволит обеспечить качество неотложной медицинской помощи.

Ключевые слова: неотложная медицинская помощь; внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Abstract. An approximate list of organizational and methodological measures recommended in the formation of the system of internal quality control and safety of medical activities in the clinic, the implementation of which will ensure the quality of emergency medical care.

Keywords: emergency medical care; internal control of quality and safety of medical activities.

Общие положения. В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ) внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [4].

В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлен проект приказа «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [3], в основу которого положены принципы управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО 9001-2015 и предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике, разработанные ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора [2] (далее — Практические рекомендации).

В базовый перечень направлений внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, входит организация неотложной медицинской помощи (далее — НМП), что обуславливает необходимость стандартизации процессов оказания НМП, дифференциации пациентов и разделения их на потоки, передачи информации при оказании НМП, в том числе при вызове медицинского работника на дом [1].

Настоящие методические рекомендации содержат примерный перечень организационных и методи-

ческих мероприятий, реализация которых позволит обеспечить качество НМП, индикативные показатели для формирования системы мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности при организации НМП. Представленные материалы можно использовать при формировании системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике.

Организационные и методические мероприятия при организации НМП. С целью совершенствования качества и безопасности НМП в медицинской организации необходимо актуализировать приказ министерства здравоохранения Челябинской области от 28.05.2013 № 748 «Об организации неотложной медицинской помощи в медицинской организации», включая пересмотр положения о кабинете (отделении) НМП, штатного расписания кабинета (отделения) НМП, положения о враче и фельдшере (медицинской сестре) кабинета (отделения) НМП, положения о фельдшере (медицинской сестре) по приему и передаче вызовов кабинета (отделения) НМП, табеля оснащения кабинета (отделения) НМП, регламента взаимодействия оперативного отдела отделений скорой медицинской помощи и кабинета (отделения) НМП, перечня поводов к вызову медицинского работника кабинета (отделения) НМП, маршрутизации пациента с неотложным состоянием, форм и правил заполнения учетной и отчетной документации при оказании НМП в поликлинике.

Основными мероприятиями по приведению в соответствие требованиям Практических рекомендаций по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике в части обеспечения качества НМП является разработка и утверждение следующего пакета локальных актов медицинской организации.

1. В части организации работы регистратуры:

1) приказ главного врача «Об утверждении инструкции/положения о взаимодействии регистратуры с кабинетом (отделением) НМП»;

2) включение в приказ главного врача «Об ответственных за организацию работы регистратуры» перечня сотрудников, ответственных за организацию взаимодействия регистратуры с кабинетом (отделением) НМП;

3) включение в приказ главного врача «О порядке приема и регистрации вызовов на дому» раздела о порядке приема и регистрации вызовов на дому от пациентов с неотложным состоянием;

4) включение в приказ главного врача «О создании рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов по организации работы регистратуры» пункта о разработке и обновлении алгоритмов по НМП.

2. В части организации управления потоками пациентов:

1) алгоритм первичного обращения пациента с неотложным состоянием;

2) алгоритм по распределению потоков пациентов, требующих оказания НМП, в кабинет (отделение) НМП с утверждением критериев для направления пациентов;

3) алгоритм работы сотрудников регистратуры (контакт-центра/call-центра), осуществляющих прием звонков, по вопросам:

- первичной сортировки пациентов с неотложным состоянием с установлением необходимости вызова врача или фельдшера, направления на прием к врачу кабинета (отделения) НМП;

- оформления и передачи вызовов в кабинет (отделение) НМП;

- маршрутизации пациента с неотложным состоянием, в том числе в другие медицинские организации;

- сбора информации о пациенте с неотложным состоянием.

3. В части организации идентификации личности пациента с неотложным состоянием:

1) включение в приказ главного врача по вопросам идентификации личности пациента раздела о пациенте с неотложным состоянием на этапах оказания НМП: обращение, регистрация, ведение медицинской документации, сроки оказания НМП, оказание НМП;

2) алгоритм идентификации личности пациента с неотложным состоянием на всех этапах оказания НМП: обращение, ведение медицинской документации, оказание НМП, выполнение медицинских вмешательств.

4. В части организации учета, хранения, оформления медицинской документации:

1) алгоритм хранения, оформления и учета медицинской документации по случаям оказания НМП.

5. В части организации работы кабинета (отделения) НМП:

1) алгоритм направления в кабинет (отделение) НМП с перечнем показаний для направления в кабинет (отделение) НМП.

6. В части организации неотложной медицинской помощи на дому:

1) алгоритм/инструкция по приему вызовов в «диспетчерской»/call-центре и их передаче:

- в оперативный отдел станции скорой медицин-

ской помощи для направления бригады скорой медицинской помощи;

- персоналу кабинета (отделения) НМП;

- участковому врачу;

- в случае необходимости констатации смерти

с указанием перечня показаний для передачи вызова, правил регистрации вызовов, ведения учетной медицинской документации (карта вызова, журнал вызовов), временных нормативов по оказанию НМП на дому — в течение двух часов; маршрутизация пациента после оказания НМП на дому — передача сведений участковому врачу в течение суток после оказания НМП / запись на прием к врачу, вопросы эффективной коммуникации сотрудников при приеме и передаче вызовов;

2) инструкция о временных нормативах оказания НМП в поликлинике и на дому.

7. В части выполнения порядков оказания медицинской помощи:

1) приказ главного врача о порядке направления пациентов с неотложным состоянием в другие медицинские организации, включая перечень показаний;

2) приказ главного врача о порядке оказания помощи пациентам с неотложным состоянием внутри медицинской организации, включая показания для направления к участковому врачу, врачам-специалистам поликлиники;

3) алгоритмы, включая:

- порядок направления пациентов с неотложным состоянием в другие медицинские организации, включая перечень показаний;

- маршрутизацию пациентов с неотложным состоянием внутри медицинской организации, включая показания для направления к участковому врачу, врачам-специалистам поликлиники.

8. В части обеспечения преемственности:

1) алгоритмы «обратной связи» медицинской организации с медицинскими работниками кабинета (отделения) НМП, в том числе передача информации участковой службе поликлиник; после оказания НМП на дому бригадами скорой медицинской помощи.

9. В части организации передачи клинической ответственности за пациента после оказания НМП:

1) алгоритм передачи информации о пациенте после оказания НМП:

- медицинскими работниками кабинета (отделения) НМП;

- при передаче дежурств медицинскими работниками кабинета (отделения) НМП;

- врачам участковой службы.

10. В части организации управления персоналом:

1) включение в приказ главного врача по вопросам организации обучения персонала раздела по обучению на предмет знаний алгоритмов/инструкций по НМП с указанием планов по обучению, категорий обучающихся, ответственного за обучение, ведением журнала по обучению;

2) включение в приказ главного врача по вопросам организации оценки персонала раздела по оценке знаний алгоритмов/инструкций по НМП путем опроса сотрудников и пациентов / законных представителей пациентов и исполнения/соблюдения алгоритмов/ин-

струкций по НМП путем прямого наблюдения на разных этапах процесса организации и оказания НМП;

3) включение в план-график регулярных аудитов, проведение:

- регулярного аудита управления персоналом;
- регулярного аудита работы регистратуры;
- регулярного аудита идентификации личности пациента с неотложным состоянием;
- регулярного аудита комплектации медицинской укладки врача/фельдшера НМП с указанием ответственных

с утверждением: формы отчетов о результатах аудитов, регулярности проведения (не реже 1 раза в полгода), регулярности информирования персонала по результатам аудитов, планов по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков.

Для формирования системы мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности при организации НМП в медицинской организации рекомендуется использовать количественный показатель, позволяющий

оценить эффективность работы поликлиники: «доля пациентов, которым оказана неотложная помощь на дому в срок более 2 часов с момента поступления обращения в медицинскую организацию». Контроль данного показателя рекомендовано включить в функциональные обязанности заместителя руководителя по поликлиническому разделу работы при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с обязательным разбором каждого случая оказания НМП на дому с превышением установленных сроков, поиском причин и принятием управленческих решений, с обязательным последующим личным контролем по результатам проведенных мероприятий.

При организации работы по приведению в соответствие требованиям Практических рекомендаций по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике в части обеспечения качества НМП рекомендовано использовать «Карту самоконтроля при проведении внутреннего аудита по разделу “организация неотложной медицинской помощи”».

Карта самоконтроля при проведении внутреннего аудита по разделу
«организация неотложной медицинской помощи»

В части организации информирования пациентов:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Информационные материалы для пациентов	Проверить наличие информационных материалов, в том числе наглядных, об организации работы кабинета (отделения) НМП, включая графики работы, часы приема, поводы для обращения, телефоны			
Система навигации	Оценить удобство, простоту и эффективность системы навигации (указателей/«меток» расположения подразделений регистратуры и других подразделений) путем опроса не менее 5 пациентов / законных представителей пациентов			
В части организации безопасной среды медицинской организации при организации НМП:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Рациональность расположения кабинета (отделения) НМП	Проверить соответствие расположения кабинета (отделения) НМП следующим требованиям: - расположение на 1-м этаже; - имеется система навигации («метки»/указатели расположения); - удаление от кабинетов, осуществляющих прием пациентов, обратившихся с профилактической целью			
Размещение пациентов с неотложным состоянием	Проверить соблюдение конфиденциальности при оказании НМП (при приеме, осмотре, консультировании). Проверить размещение пациентов с неотложным состоянием с учетом приватности [например, наличие ширм в кабинете (отделении) НМП]			
Рациональность и безопасность планировки кабинета (отделения) НМП	Оценить рациональность планировки кабинета (отделения) НМП. Оценить рациональность планировки зон ожидания для посетителей кабинета (отделения) НМП			
Наличие и укомплектованность медицинской укладки врача/фельдшера НМП	Проверить наличие и укомплектованность медицинской укладки врача/фельдшера НМП			
Регулярный аудит комплектации медицинской укладки врача/фельдшера НМП	Проводить регулярный аудит комплектации медицинской укладки врача/фельдшера НМП с указанием ответственных, формы отчета о результатах аудита, регулярности проведения (не реже 1 раза в полгода), регулярности информирования персонала по результатам аудита, планов по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков			

В части организации управления персоналом:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Приказ главного врача по вопросам организации обучения персонала	Проверить включение в приказ раздела по обучению на предмет знаний алгоритмов/инструкций по НМП с указанием планов по обучению, категорий обучающихся, ответственного за обучение, ведением журнала по обучению			
Приказ главного врача по вопросам организации оценки персонала	Проверить включение в приказ раздела по оценке знаний алгоритмов/инструкций по НМП путем опроса сотрудников и пациентов / законных представителей пациентов и исполнения алгоритмов/инструкций по НМП путем прямого наблюдения на разных этапах процесса организации и оказания НМП			
Регулярный аудит управления персоналом	Проверить проведение регулярного аудита управления персоналом с указанием ответственных, формы отчета о результатах аудита, регулярности проведения (не реже 1 раза в полгода), регулярности информирования персонала по результатам аудита, планы по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков			
В части организации работы регистратуры:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Приказ главного врача «Об утверждении инструкции/положения о взаимодействии регистратуры с кабинетом (отделением) НМП»	Проверить наличие приказа «Об утверждении инструкции/положения о взаимодействии регистратуры с кабинетом (отделением) НМП»			
Приказ главного врача «Об ответственных за организацию работы регистратуры»	Включить в приказ «Об ответственных за организацию работы регистратуры» перечень сотрудников, ответственных за организацию взаимодействия регистратуры с кабинетом (отделением) НМП			
Приказ главного врача «О порядке приема и регистрации вызовов на дому»	Включить в приказ «О порядке приема и регистрации вызовов на дому» раздел о порядке приема и регистрации вызовов на дому от пациентов с неотложным состоянием			
Приказ главного врача «О создании рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов по организации работы регистратуры»	Включить в приказ «О создании рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов по организации работы регистратуры» пункт о разработке и обновлении алгоритмов по НМП			
Регулярный аудит работы регистратуры	Проверить проведение регулярного аудита работы регистратуры с указанием ответственных, формы отчета о результатах аудита, регулярности проведения (не реже 1 раза в полгода), регулярности информирования персонала по результатам аудита, планы по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков			
В части организации управления потоками пациентов:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Алгоритм первичного обращения пациента	Проверить наличие алгоритма первичного обращения пациента с неотложным состоянием			
Алгоритм по распределению потоков пациентов, требующих оказания НМП	Проверить наличие алгоритма по распределению потоков пациентов, требующих оказания НМП, с утверждением критериев для направления пациентов в кабинет (отделение) НМП			
Алгоритм работы сотрудников регистратуры (контакт-центра/call-центра), осуществляющих прием звонков	Проверить наличие алгоритма работы сотрудников регистратуры (контакт-центра/call-центра), осуществляющих прием звонков, по вопросам: - первичной сортировки пациентов с неотложным состоянием с установлением необходимости вызова врача или фельдшера, направления на прием к врачу кабинета (отделения) НМП; - оформления и передачи вызовов в кабинет (отделение) НМП;			

	- маршрутизации пациента с неотложным состоянием, в том числе в другие медицинские организации; - сбора информации о пациенте с неотложным состоянием			
Знание алгоритмов	Оценить знание алгоритмов персоналом регистратуры, включая сотрудников контакт-центра/call-центра, путем опроса не менее 5 сотрудников			
Исполнение алгоритмов	Оценить исполнение алгоритмов персоналом регистратуры, включая сотрудников контакт-центра/call-центра, методом прямого наблюдения системы предоставления информации и управления потоками пациентов: - при личном обращении пациентов; - по телефону; - при необходимости использования информационной системы			
Проведение обучения персонала	Проверить наличие планов по обучению, категорий обучающихся, ответственного за обучение, ведение журнала по обучению			
В части организации учета, хранения, оформления медицинской документации:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Алгоритм хранения, оформления и учета медицинской документации по случаям оказания НМП	Проверить наличие алгоритма хранения, оформления и учета медицинской документации по случаям оказания НМП			
Знание алгоритмов	Оценить знание персоналом алгоритмов по учету, хранению, оформлению медицинской документации по случаям оказания НМП путем опроса не менее 2 сотрудников регистратуры			
Исполнение алгоритмов	Оценить исполнение алгоритмов по учету, хранению, оформлению медицинской документации методом прямого наблюдения не менее 5 случаев оказания НМП			
В части организации работы кабинета (отделения) НМП:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Алгоритм направления в кабинет (отделение) НМП	Проверить наличие алгоритма направления в кабинет (отделение) НМП с перечнем показаний для направления в кабинет (отделение) НМП			
Знание алгоритмов	Оценить знания медицинского персонала (включая регистраторов, дежурных администраторов, медицинских сестер «медицинского поста») о показаниях к направлению в кабинет (отделение) НМП путем опроса не менее 5 сотрудников			
Исполнение алгоритмов	Оценить исполнение алгоритма направления в кабинет (отделение) НМП методом прямого наблюдения не менее 5 случаев оказания НМП			
В части организации идентификации личности пациента с неотложным состоянием:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Приказ главного врача по вопросам идентификации личности пациента	Проверить включение в приказ главного врача по вопросам идентификации личности пациента раздела о пациенте с неотложным состоянием на этапах оказания НМП: обращение, регистрация, ведение медицинской документации, сроки оказания НМП, оказание НМП			
Регулярный аудит идентификации личности пациента с неотложным состоянием	Проверить проведение регулярного аудита идентификации личности пациента с неотложным состоянием с указанием ответственных, формы отчета о результатах аудита, регулярности проведения (не реже 1 раза в полгода), регулярности информирования персонала по результатам аудита, планы по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков			
Алгоритм идентификации личности пациента с неотложным состоянием на всех этапах оказания НМП	Проверить наличие алгоритма идентификации личности пациента с неотложным состоянием на всех этапах оказания НМП: обращение, ведение медицинской документации, оказание НМП, выполнение медицинских вмешательств			

Исполнение алгоритмов	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при обращении в медицинскую организацию, включая ведение медицинской документации, методом прямого наблюдения не менее 5 случаев обращения пациента с неотложным состоянием			
Исполнение алгоритмов	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при оказании НМП, выполнении медицинских вмешательств методом прямого наблюдения не менее 5 случаев оказания НМП			
Проведение обучения персонала по вопросам идентификации личности пациента	Проверить наличие планов по обучению в виде тренингов, категорий обучающихся, ответственного за обучение, ведение журнала по обучению, регулярность проведения тренингов			
В части организации неотложной медицинской помощи на дому:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Алгоритм/инструкция по приему вызовов в «диспетчерской» / call-центре и их передаче	Проверить наличие алгоритма/инструкции по приему вызовов в «диспетчерской» / call-центре и их передаче: - в оперативный отдел станции скорой медицинской помощи для направления бригады скорой медицинской помощи; - персоналу кабинета (отделения) НМП; - участковому врачу; - в случае необходимости констатации смерти с указанием перечня показаний для передачи вызова, правил регистрации вызовов, ведения учетной медицинской документации (карта вызова, журнал вызовов), временных нормативов по оказанию НМП на дому — в течение двух часов; маршрутизация пациента после оказания НМП на дому — передача сведений участковому врачу в течение суток после оказания НМП / запись на прием к врачу, вопросы эффективной коммуникации сотрудников при приеме и передаче вызовов			
Знание алгоритма/инструкции	Оценить знание алгоритма/инструкции по приему и передаче вызовов путем опроса не менее 5 сотрудников			
Соблюдение алгоритма/инструкции	Оценить соблюдение алгоритма/инструкции по приему и передаче вызовов, эффективной коммуникации методом прямого наблюдения			
Инструкция о временных нормативах оказания НМП в поликлинике и на дому	Проверить наличие инструкции о временных нормативах оказания НМП в поликлинике и на дому			
Знание алгоритмов	Оценить знание инструкции о временных нормативах оказания НМП путем опроса всех сотрудников кабинета (отделения) НМП			
Соблюдение алгоритмов	Оценить соблюдение инструкции о временных нормативах оказания НМП методом прямого наблюдения после поступления обращения в кабинет (отделение) НМП			
В части выполнения порядков оказания медицинской помощи:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Приказ главного врача о порядке направления пациентов с неотложным состоянием в другие медицинские организации	Проверить наличие приказа главного врача о порядке направления пациентов с неотложным состоянием в другие медицинские организации, включая перечень показаний			
Приказ главного врача о порядке оказания помощи пациентам с неотложным состоянием внутри медицинской организации	Проверить наличие приказа главного врача о порядке оказания помощи пациентам с неотложным состоянием внутри медицинской организации, включая показания для направления к участковому врачу, врачам-специалистам поликлиники			
Алгоритмы направления пациентов с неотложным состоянием в другие медицинские организации и маршрутизация пациентов с неотложным состоянием внутри медицинской организации	Проверить наличие алгоритмов, включая: - порядок направления пациентов с неотложным состоянием в другие медицинские организации, включая перечень показаний; - маршрутизацию пациентов внутри медицинской организации, включая показания для направления к участковому врачу, врачам-специалистам поликлиники			

Знание алгоритмов	Оценить знание алгоритмов, включая: - порядок направления пациентов с неотложным состоянием в другие медицинские организации, включая перечень показаний; - маршрутизацию пациентов внутри медицинской организации, включая показания для направления к участковому врачу, врачам-специалистам поликлиники, путем опроса не менее 5 сотрудников кабинета (отделения) НМП и не менее 5 врачей из других структурных подразделений медицинской организации			
В части обеспечения преемственности:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Алгоритмы «обратной связи» медицинской организации с медицинскими работниками кабинета (отделения) НМП	Проверить наличие алгоритмов «обратной связи» медицинской организации с медицинскими работниками кабинета (отделения) НМП, в том числе передачи информации участковой службе поликлиник; после оказания НМП на дому бригадами скорой медицинской помощи			
Знание алгоритмов	Оценить знание алгоритмов «обратной связи» путем опроса не менее 5 сотрудников кабинета (отделения) НМП и не менее 5 врачей из других структурных подразделений медицинской организации			
В части организации передачи клинической ответственности за пациента после оказания НМП:				
Наименование показателя	Способ оценки	Да	Нет	Корректирующие действия
Алгоритм передачи информации о пациенте после оказания НМП	Проверить наличие алгоритма передачи информации о пациенте после оказания НМП: - медицинскими работниками кабинета (отделения) НМП; - при передаче дежурств медицинскими работниками кабинета (отделения) НМП; - врачам участковой службы			
Знание алгоритма	Оценить знание алгоритма передачи информации о пациенте после оказания НМП путем опроса не менее 5 сотрудников кабинета (отделения) НМП и других структурных подразделений медицинской организации			
Исполнение алгоритма	Оценить исполнение алгоритма передачи информации о пациенте после оказания НМП			

Литература

1. Иванов И. В., Шарикадзе Д. Т., Швабский О. Р. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике: практические рекомендации // Управление качеством в здравоохранении. 2017. № 1. С. 10–23.
2. Мурашко М. А., Серёгина И. Ф., Шаронов А. Н., Иванов И. В. О проекте приказа Минздрава России «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» // Вестник Росздравнадзора. 2018. № 6. С. 13–17.
3. Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности : проект приказа Минздрава России (по состоянию на 21.09.2018) [Электронный ресурс]. URL: <http://regulation.gov.ru>.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru>.

Сведения об авторах

Москвичева Марина Геннадьевна, д-р мед. наук, директор Института ДПО, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института ДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
 Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64, корпус 1; тел. 8 351 232-11-71; e-mail: moskvichevamg@mail.ru

Щепилина Екатерина Сергеевна, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института ДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
 E-mail: shchepilina_es@mail.ru

УДК 616-097-06:616.831-036

Поражение центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции: клиника, течение и прогноз

А. П. Красильникова ¹, А. А. Астахов ¹, М. К. Живоров ², И. Н. Недбайло ²¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск² Клиника федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

Central nervous system lesion in HIV infection: clinical presentation, course and prognosis

A. P. Krasilnikova ¹, A. A. Astakhov ¹, M. K. Zhivorov ², I. N. Nedbailo ²¹ South-Urals State Medical University, Chelyabinsk² South-Urals State Medical University Teaching Hospital, Chelyabinsk

Аннотация. Проведен ретроспективный анализ 148 историй болезни пациентов, получивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии клиники ЮУГМУ в 2017 году. Цель исследования: определение структуры поражения ЦНС среди больных в условиях специализированного отделения. Было проведено распределение пациентов с учетом гендерно-возрастных характеристик, стадии ВИЧ-инфекции, этиологических факторов и объема поражения центральной нервной системы.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; ВИЧ-энцефалит; токсоплазмоз; криптококкоз головного мозга; бактериальный менингоэнцефалит.

Abstract. During the work was a retrospective analysis of 148 case histories of patients treated in the intensive care unit and intensive care clinic of South-Urals State Medical University in 2017. The aim of the study was to determine the structure of CNS lesion among patients in a specialized Department. The distribution of patients was carried out taking into account gender and age characteristics, stage of HIV infection, etiological factors and the volume of Central nervous system damage.

Keywords: HIV infection; HIV encephalitis; toxoplasmosis; brain cryptococcosis; bacterial meningoencephalitis.

Актуальность. ВИЧ-инфекция является одной из основных проблем на современном этапе развития медицины. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2017 году в мире насчитывалось около 36,9 млн человек с ВИЧ-инфекцией, умерло от нее 940 тыс. человек. 1,8 млн человек впервые был поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция».

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в Российской Федерации за 2018 год зарегистрировано около 900 тыс. ВИЧ-инфицированных, впервые было зарегистрировано 86 519 случаев заболевания ВИЧ-инфекцией (показатель — 58,99 случая на 100 тыс. населения). Челябинская область является одним из субъектов РФ, в котором происходит наибольшее распространение ВИЧ-инфекции, впервые за 2018 год было зарегистрировано 3211 случаев заболевания (показатель — 97,48 на 100 тыс. населения).

Поражение нервной системы, и прежде всего головного мозга, является одной из основных проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, и занимает второе место по частоте поражений после иммунной. По разным источникам, поражение центральной нервной системы наблюдается у 30–90% ВИЧ-инфицированных пациентов.

Поражения центральной нервной системы (ЦНС) могут наблюдаться на любой стадии ВИЧ-инфекции: в латентной стадии — у 20% инфицированных, в стадии развернутой клинической картины заболевания — у 40–50%, в более поздние сроки — у 30–90% [2]. По данным разных авторов, у пациентов, умерших

от СПИДа, в 70–90% случаев обнаруживаются изменения в тканях мозга при патоморфологическом исследовании.

Вирус иммунодефицита человека может вызывать как первичные изменения в тканях мозга, что связано с непосредственным цитопатическим действием вируса, так и вторичные, обусловленные присоединением оппортунистических инфекций, опухолевым процессом и цереброваскулярными заболеваниями, которые являются лидирующей причиной заболеваемости и смертности среди данной категории больных [8].

Основными факторами, которые способствуют поражению центральной нервной системы, являются свойства возбудителя, особенности организма больного, сопутствующие заболевания, черепно-мозговые травмы, злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами [7].

Тяжесть поражения центральной нервной системы, быстрота развития заболеваний и высокая летальность обуславливают актуальность изучения данной темы.

Цель исследования: провести анализ структуры поражения центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных пациентов, проходивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии за 2017 год, оценить связь заболевания с возрастно-половыми характеристиками и стадией заболевания.

Материалы и методы. В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 148 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии клиники ЮУГМУ за 2017 год. Критерии включения: наличие ВИЧ-ин-

фекции любой стадии, поражение центральной нервной системы по данным МРТ головного мозга и анализа спинномозговой жидкости.

Обработка и анализ результатов проводились с использованием программы Microsoft Excel, пакета прикладных программ SPSS Statistics 17. Описательная статистика проводилась с использованием параметрических критериев средней (М) и стандартного отклонения (SD). Анализ произвольных таблиц сопряженности был проведен с использованием критерия хи-квадрат. Достоверность принимали при $p < 0,05$. Порядковые

данные представлены абсолютными числами и относительными частотами (%).

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за 2017 год в отделении реанимации и интенсивной терапии было пролечено 465 больных, с диагнозом «ВИЧ-инфекция» наблюдалось 148 больных (31,8%). Поражение центральной нервной системы наблюдалось у 41 пациента (27,7%), среди которых мужчин было 25 (61%), женщин — 16 (39%) (таблица 1). Средний возраст пациентов составил 40,5 года $\pm$ 7 лет. Большинство пациентов — $n = 34$ (82,9%) — были в возрасте до 44 лет.

Таблица 1

Гендерно-возрастная характеристика больных ВИЧ-инфекцией с поражением ЦНС

Возраст, пол	Есть поражение ЦНС $n = 41$ (27,7%)	Нет поражения ЦНС $n = 107$ (72,3%)	Точный критерий Фишера
18–44 года	34 (82,9%)	69 (64,5%)	0,03
45–59 лет	7 (17,1%)	38 (35,5%)	
Мужчины	25 (61%)	66 (61,7%)	1,0
Женщины	16 (39%)	41 (38,3%)	

В структуре этиологии поражений ЦНС у ВИЧ-инфицированных пациентов были диагностированы следующие заболевания: ВИЧ-энцефалит был выявлен у 19 пациентов (46,3%), токсоплазмоз — у 11 пациентов (26,8%), токсоплазмозный энцефалит — у 4 (9,8%),

бактериальный менингоэнцефалит (*St. pneumonia*) — у 3 пациентов (7,3%), криптококкоз — у 2 пациентов (4,9%), туберкулезное поражение ЦНС — у 2 пациентов (4,9%) (рисунок 1).

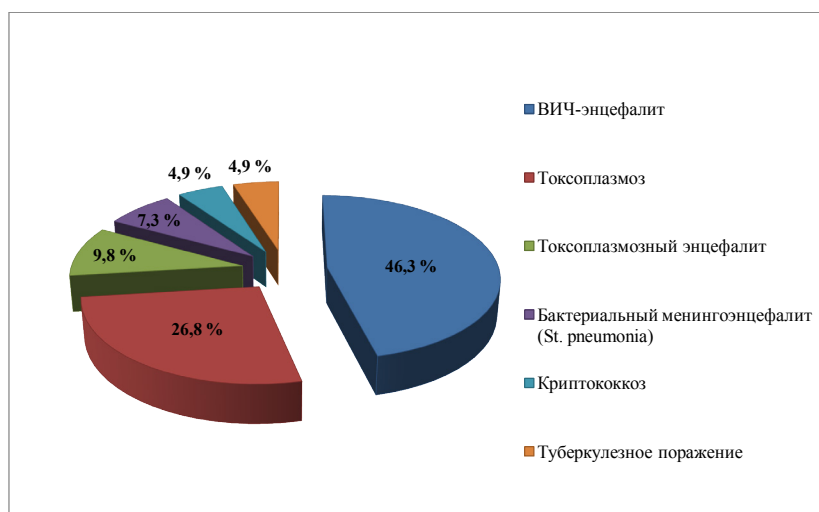


Рисунок 1. Распределение больных с учетом этиологии поражения ЦНС

Диагноз «токсоплазмоз» был подтвержден наличием патологических изменений на снимках, полученных с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (кольцевидные очаги повышенной плотности), обнаружением антител класса IgG к *T. gondii* и положительным результатом исследования спинномозговой жидкости на токсоплазму методом полимеразной цепной реакции, положительной динамикой заболевания в ответ на терапию. Криптококкоз головного мозга был подтвержден обнаружением в спинномозговой жидкости дрожжеподобных грибов и выделением культуры возбудителя при микологическом исследовании. Бактериальный менингоэнцефалит

был подтвержден результатами бактериологического исследования спинномозговой жидкости. Туберкулезное поражение ЦНС было подтверждено выделением культуры *M. tuberculosis* в спинномозговой жидкости и данными МРТ головного мозга. Диагноз «ВИЧ-энцефалит» был установлен при имеющихся данных о поражении ЦНС (клиническая картина очагового поражения, наличие менингеальных симптомов, данных МРТ-исследования, но при отсутствии верификации). Необходимо отметить, что в данной группе могли оказаться пациенты с поражением ЦНС вирусом герпеса 6, 7-го типов, поражением ЦНС при генерализации цитомегаловирусной инфекции, прогрессирующей мульт-

тифокальной лейкоэнцефалопатией и т. д., но на данном этапе верификация диагноза не произошла.

По данным МРТ головного мозга поражения ЦНС были разделены на 2 группы: очаговые и диффузные. Описание до 10 очагов (диаметром до 2 мм — мелкоочаговые, от 2 до 5 мм — среднеочаговые, от 5 до 10 мм — крупноочаговые), свыше 10 очагов расценивалось как полиочаговое поражение. Как диффузные нами расценивались поражения при диаметре очагов менее 2 мм и более 10 очагов, а также при не дифференцируемых размерах. Необходимо отметить, что разделение это весьма условно, тем не менее помогает

предварительно проводить дифференциальную диагностику на ранних этапах лечения.

С очаговыми поражениями центральной нервной системы было 13 (31,7%) пациентов, из них токсоплазмоз был выявлен у 11 (84,6%) пациентов, туберкулезное поражение — у 1 (7,7%), бактериальный менингоэнцефалит — у 1 (7,7%); с диффузными поражениями было 28 (68,3%) пациентов, из них ВИЧ-энцефалит был выявлен у 19 (67,9%), токсоплазмозный энцефалит — у 4 (14,3%), бактериальный менингоэнцефалит (*St. pneumoniae*) — у 2 (7,1%), криптококкоз — у 2 (7,1%), туберкулезное поражение — у 1 (3,6%) (рисунок 2).

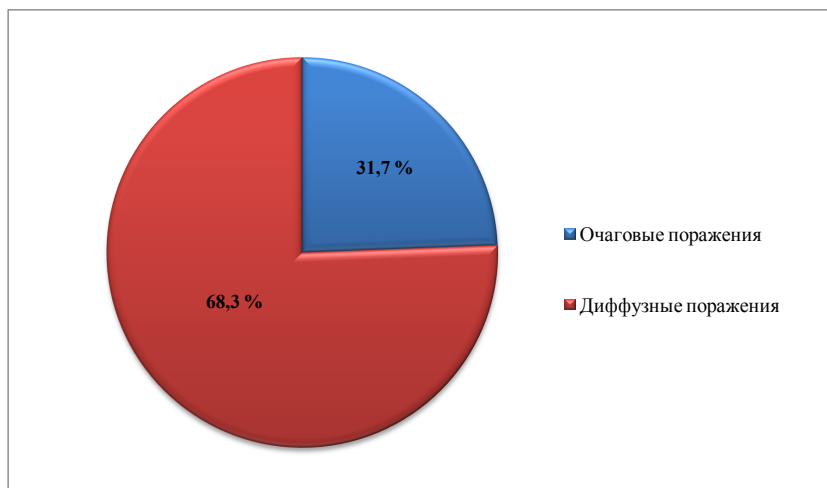


Рисунок 2. Распределение больных с учетом объема поражения ЦНС

IVB стадия ВИЧ-инфекции была выявлена у 6 пациентов (14,6%), IVB — у 35 пациентов (85,4%) (таблицы 2, 3). Летальный исход за время наблюдения

наступил у 40 пациентов (27%), из них у 13 (32,5%) больных с поражением ЦНС, у 27 (67,5%) — без поражения ЦНС (таблица 4).

Таблица 2

Распределение больных по объему поражения ЦНС с учетом стадии ВИЧ-инфекции

Стадия	Диффузные поражения n = 28 (68,3%)	Очаговые поражения n = 13 (31,7%)	Точный критерий Фишера
IVB	3 (10,7%)	3 (23%)	0,36
IVB	25 (89,3%)	10 (77%)	

Таблица 3

Распределение больных с учетом стадии ВИЧ-инфекции и наличия поражения ЦНС

Стадия	Есть поражение ЦНС n = 41 (27,7%)	Нет поражения ЦНС n = 107 (72,3%)	Хи-квадрат для произвольных таблиц
IVA	0 (0%)	13 (12,15%)	0,009
IVB	6 (14,6%)	29 (27,1%)	
IVB	35 (85,4%)	65 (60,75%)	

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от исхода заболевания

Летальный исход	Есть поражение ЦНС n = 41 (27,7%)	Нет поражения ЦНС n = 107 (72,3%)	Точный критерий Фишера
+	13 (31,7%)	27 (25,2%)	0,54
—	28 (68,3%)	80 (74,8%)	

Выводы:

1. Поражение ЦНС при ВИЧ-инфекции достоверно чаще возникает в возрастной группе 18–44 года и не зависит от пола.

2. С утяжелением стадии ВИЧ-инфекции достоверно увеличивается частота поражений ЦНС.

3. Не получено достоверных данных о том, что поражение ЦНС ведет к увеличению частоты летальных исходов у ВИЧ-инфицированных.

Литература

1. Рассохин В. В. и др. Вторичные и соматические заболевания при ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. № 1. С. 7–18.
2. Густов А. В., Руина Е. А., Шилов Д. В. и др. Клинические варианты поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции // Клиническая медицина. 2010. № 3. С. 61–65.
3. Баргелетт Д., Галант Д., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: Р. Валент, 2012. 528 с.
4. Беляков Н. А., Медведев С. В., Трофимова Т. Н. и др. Механизмы поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции // Вестник РАМН. 2012. № 9. С. 4–12.
5. Беляков Н. А., Трофимова Т. Н., Рассохин В. В. Диагностика и механизмы поражения центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции // Мед. академ. журн. 2012. Т. 12, № 2. С. 56–67.
6. Трофимова Т. Н., Багулина Е. Г., Рассохин В. В., Беляков Н. А. Поражения головного мозга у ВИЧ-инфицированных пациентов. Клинико-лабораторные и радиологические сопоставления // Мед. академ. журн. 2015. Т. 15, № 4. С. 31–37.
7. Шеломов А. С., Степанова Е. В., Леонова О. Н., Смирнова Н. Л. Оппортунистические заболевания как причины поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией // Журн. инфектологии. 2016. Т. 8, № 3. С. 107–115.
8. Вирус иммунодефицита человека — медицина / под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. 2-е изд. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 656 с.

Сведения об авторах

Красильникова Анастасия Павловна, студентка 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 454076, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел. +7 351 262-77-98; e-mail: anastasiyap_krasilnikova@mail.ru, ORCID 0000-0002-4182-4255

Астахов Алексей Арнольдович, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: aaastakhov@gmail.com, ORCID 0000-0001-6502-1513

Живоров Михаил Константинович, врач — анестезиолог-реаниматолог ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: dark-mich@yandex.ru, ORCID 0000-0003-1759-4629

Недбайло Игорь Николаевич, зав. ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: nedb-igor@yandex.ru, ORCID 0000-0002-9402-5203

УДК 616-036.088-06:616.74-07

Клинико-демографические характеристики больных миастенией, поступающих в реанимационное отделение

Е. Ю. Кудашкина¹, А. А. Астахов¹, К. К. Сафронова², И. Н. Недбайло²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

² Клиника федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

Clinical and demographic characteristics of patients with myasthenia, entering intensive care units

E. U. Kudashkina¹, A. A. Astakhov¹, K. K. Safronova², I. N. Nedbailo²

¹ South-Urals State Medical University, Chelyabinsk

² South-Urals State Medical University Teaching Hospital, Chelyabinsk

Аннотация. Проанализированы эпидемиологические и клинические характеристики пациентов с миастенией, поступающих в отделение реанимации и интенсивной терапии клиники ЮУГМУ. Проведено распределение больных по полу, возрасту дебюта, форме заболевания, причинам госпитализации в ОРИТ, основным путям лечения, а также выявлены имеющиеся провоцирующие факторы развития миастении.

Ключевые слова: миастения; эпидемиология; ОРИТ; миастенический криз.

Abstract. Epidemiological and clinical characteristics of myasthenia patients entering emergency and intensive care department of SUSMU Clinic are analyzed. Patients were distributed by sex, debut age, form of disease,

reasons for hospitalization in the ICU, basic treatment ways and existing factors provoking development of myasthenia were identified.

Keywords: myasthenia; epidemiology; ICU; myasthenic crisis.

Актуальность. Миастения (myasthenia gravis) — тяжелое хроническое аутоиммунное неврологическое заболевание, связанное с поражением структур постсинаптической мембраны нервно-мышечных соединений, основными клиническими проявлениями которого являются патологическая утомляемость и прогрессирующая слабость поперечнополосатых мышц.

Этиология миастении как аутоиммунного заболевания до конца не известна. Миастению можно считать мультифакториальным заболеванием, развитие которого определяется как генетическими, так и средовыми факторами. Из средовых факторов наибольшее значение по проведенным исследованиям имеют: загрязнение окружающей среды, дисбаланс гормонов, макро- и микроэлементов, определенные бактериальные и вирусные агенты [11]. Патогенез миастении — классический пример аутоиммунной патологии, при которой основными мишенями для аутоантител организма являются структуры постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса: ацетилхолиновые рецепторы (основная мишень), специфическая мышечная тирозинкиназа, белок титин, рианодиновые рецепторы саркоплазматического ретикулула.

Миастения неравномерно распределена на континентах и в различных странах, распространенность варьирует от 0,5 до 32,0 на 100 тыс. населения. Исследования эпидемиологии миастении были проведены в отдельных регионах России: распространенность в Самарской области — 9,7 на 100 тыс. населения, в Ленинградской — 5,4, в Московской — 8,01, в Амурской области — 10,85, Республике Коми — 5,03. В европейских странах показатель заболеваемости колеблется от 8,3 в Греции до 14,2 на 100 тыс. населения в Италии. Ряд зарубежных публикаций свидетельствует об аналогичной распространенности миастении в Англии, а также в странах Северной Америки [1, 3, 4, 5, 6, 10]. Миастенией заболевают лица разных возрастных групп, преимущественно люди молодого возраста; болезнь характеризуется прогрессирующим течением, часто приводит к нарушению трудоспособности и инвалидизации, снижению качества жизни больных, что является значимой медицинской и социальной проблемой. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости миастенией во всех возрастных категориях. Данное явление может быть связано с улучшением методов диагностики или с увеличением риска развития заболевания.

Одной из трудных задач клинической неврологии и нейрореаниматологии является ведение кризовых состояний у больных миастенией, которые характеризуются тяжестью и могут приводить к фатальным исходам при нарастании дыхательной недостаточности. Причины развития кризов до конца не определены, имеются данные о влиянии острых инфекционных заболеваний или обострений хронических, оперативных вмешательств, приема препаратов, которые ухудшают

нервно-мышечную передачу, гормональных сдвигов во время беременности и родов. Часть авторов указывает на полиэтиологичность развития кризов при отсутствии какой-либо определенной причины.

Вопросы клинико-демографической характеристики больных миастенией остаются слабо изученными, в том числе и в Челябинской области. Недостаточно данных о распространенности и заболеваемости, имеющихся провоцирующих факторах, распределении по полу, возрасту дебюта, территориальному признаку, основным клиническим проявлениям и формам миастении, частоте кризов.

Полученные клинико-эпидемиологические данные могут помочь в изучении этиологии и патогенеза заболевания, служить теоретической основой для планирования диспансерной, лечебно-диагностической помощи больным миастенией на территории области.

Цель исследования: определение клинических и эпидемиологических характеристик пациентов с миастенией, поступающих в реанимационное отделение, а также основных путей интенсивной терапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 42 случаев обращения больных с миастенией в отделение реанимации и интенсивной терапии клиники ЮУГМУ с 2016 по 2018 год — 29 пациентов с миастенией, из которых 13 пациентов имели повторную госпитализацию. Диагноз «миастения» верифицирован, устанавливался неврологом при поступлении или ранее на основании данных анамнеза, клинического осмотра, прозеринового пробы, результатов электромиографического обследования, исследования уровня антител к структурам постсинаптической мембраны (обнаружены не у всех). В основе диагностики миастении лежат четыре основных критерия: клинический, фармакологический, электрофизиологический и иммунологический. Диагноз является несомненным при подтверждении его всеми четырьмя критериями диагностики; достоверным — по трем; вероятным — по двум и сомнительным — по одному.

Обработка и анализ полученных результатов проводились с использованием программы MS Excel, пакета прикладных программ SPSS Statistics 17. Описательная статистика проводилась с использованием параметрических критериев средней (M) и стандартного отклонения (SD). Результаты в независимых группах сравнивали с помощью U-критерия Манна — Уитни, в связанных выборках — с помощью W-критерия Уилкоксона. Достоверность принимали при $p < 0,05$. Количественные данные представлены медианой, 25 и 75-м процентиллями. Порядковые данные представлены абсолютными числами и относительными частотами (%).

Результаты исследования и их обсуждение. Был проведен сравнительный анализ клинико-эпидемиологических особенностей миастении для мужчин и женщин в зависимости от возраста. Данные анализа представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение пациентов с миастенией по полу и возрасту

Возраст, лет	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)	Всего, n (%)	Анализ произвольных таблиц (критерий хи-квадрат)
18–44	12 (54,5%)	4 (57,1%)	16 (55,2%)	p = 0,43
45–59	4 (18,2%)	0 (0,0%)	4 (13,8%)	
60–74	6 (27,3%)	3 (42,9%)	9 (31%)	

Таблица 2

Возрастно-половая характеристика дебюта заболевания

Пол	Возраст дебюта Me Q [25%;75%]	U-критерий Манна — Уитни
Женщины	34 [30; 59,5]	p = 0,7
Мужчины	31 [27; 64]	

Пациенты были разделены на 5 возрастных групп согласно классификации ВОЗ, а также на 2 группы с учетом возраста начала: миастения молодого возраста (младше 40 лет) и миастения с поздним началом (старше 40 лет) ввиду разной прогностической значимости [7, 9].

Соотношение пациентов женского и мужского пола в возрасте до 59 лет составило 3:1, среди больных пожилого возраста (старше 60 лет) преобладание лиц женского пола уменьшается (2:1).

Среди заболевших дебют миастении в молодом возрасте (до 45 лет) был зафиксирован у 65,5% больных (78,9% женщин, 21,1% мужчин), в среднем возрасте

(45–59 лет) — у 6,9% (пациенты женского пола), в пожилом (60–75 лет) — у 27,6% (62,5% женщин, 37,5% мужчин). Средний возраст дебюта для женщин составил $41,5 \pm 13,6$ года, для мужчин — $44,6 \pm 17,6$ года.

Согласно классификации миастении по возрасту начала, к группе миастении молодого возраста были отнесены 58,6% больных, миастенией с поздним началом страдали 41,4% пациентов. Данные представлены в таблице 3.

Генерализованная форма наблюдалась в 86,2% случаев, глазная форма была выявлена у 4 пациентов (13,8%) (таблица 4).

Таблица 3

Распределение пациентов по форме с учетом возраста дебюта миастении

Форма	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)	Всего, n (%)	Критерий хи-квадрат
Миастения молодого возраста (< 40 лет)	13 (59,1%)	4 (57,1%)	17 (58,6%)	p = 0,93
Миастения с поздним началом (> 40 лет)	9 (40,9%)	3 (42,9%)	12 (41,4%)	

Таблица 4

Клиническая характеристика по форме миастении

Клиническая форма	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)	Всего, n (%)
Генерализованная форма	20 (90,9%)	5 (71,4%)	25 (86,2%)
Глазная форма	2 (9,1%)	2 (28,6%)	4 (13,8%)

Факторы, провоцирующие начало болезни, были выявлены в 13,8% случаев (таблица 5). К данным факторам относятся: беременность и роды — 2 случая, инфекционные заболевания (ОРВИ) — 1 случай, связь с системными заболеваниями (ССД) — 1 случай. Патология вилочковой железы (тимомы) была выяв-

лена у 37,9% больных миастенией, из них оперативному лечению (тимэктомии) было подвергнуто 73% (2 пациентам оперативное лечение запланировано, 1 — отказ от операции). После тимэктомии в большинстве случаев (75%) отмечался положительный эффект в течение определенного периода.

Таблица 5

Выявленные провоцирующие факторы заболевания

Фактор	Женщины, n (% от 22)	Мужчины, n (% от 7)
Беременность и роды	2 (9%)	
Инфекционные заболевания (ОРВИ)	1 (4,5%)	
Системные заболевания (ССД)	1 (4,5%)	
Патология вилочковой железы (тимомы)	9 (40,1%)	2 (28,6%)

В литературе описана бóльшая встречаемость миастении у городского населения. Среди больных миастенией, госпитализированных в ОРИТ, жители городов составили 65,5%, сельское население — 34,5%. Однако полученные данные могут быть связаны с расположением клиники в пределах города [1, 2, 8].

Пациенты до госпитализации получали базисную терапию: первый этап — антихолинэстеразные препараты (калимин, пиридостигмина бромид, неостигмина метилсульфат, галантамин) и калия хлорид; при неэффективности терапия второго этапа — глюкокортикоидные препараты (преднизолон, метилпреднизолон); третий этап — иммуносупрессорная терапия (азатиоприн, циклоспорин, циклофосфамид).

Причиной госпитализации больных в отделение реанимации и интенсивной терапии было ухудшение состояния пациента (миастенический криз либо постепенная декомпенсация состояния). Усиление медикаментозной терапии, пульс-терапия ГКС потребовались в 64,3% случаев (77,8% у женщин и 22,2%

у мужчин). При неэффективности медикаментозной терапии были применены эфферентные методы лечения и терапия внутривенными иммуноглобулинами (ВВИГ). 16,7% пациентов (71,4% женщин и 28,6% мужчин) произведен аппаратный центрифужный плазмаферез, от 3 до 5 сеансов, с удалением не менее 50% ОЦП. Замещение проводилось солевыми растворами, а также 10% альбумином при уровне общего белка менее 60 г/л. Терапия иммуноглобулинами выполнена 19% больных (37,5 и 62,5% соответственно). Иммуноглобулин вводился внутривенно микроструйно инфузионным насосом со скоростью 50 мг/ч в курсовой дозе 1,5–2 грамма на килограмм массы тела. Курсовая доза делилась на пять введений. Выбор методики лечения осуществлялся по совокупности нескольких критериев, а именно: доступ к венозному руслу, анамнез, нутритивный статус и содержание общего белка в сыворотке крови; при повторной госпитализации также оценивалась эффективность ранее применяемых методик.

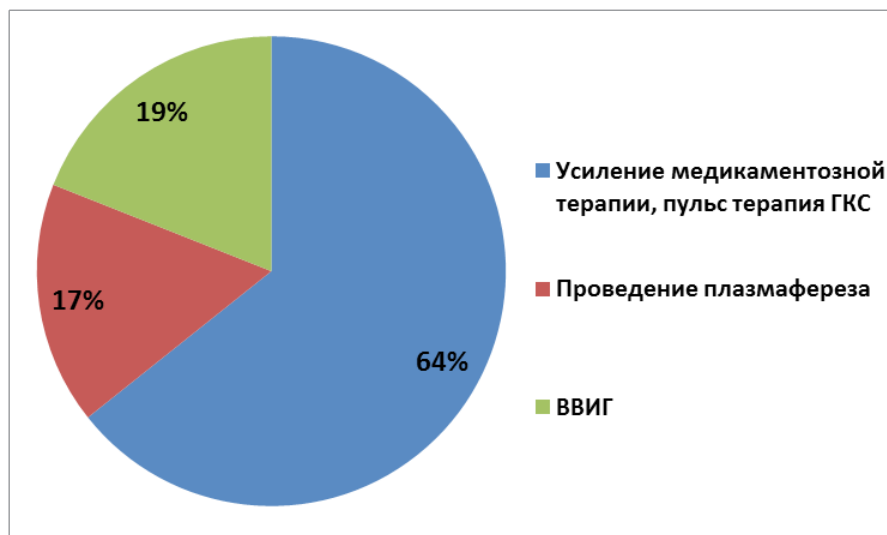


Рисунок 1. Основные пути интенсивной терапии

За анализируемый период от осложнений миастении умер один пациент — женщина 65 лет, дебют миастении которой протекал по типу миастенического криза с нарушением дыхания. Смерть наступила от остановки сердца на аппарате искусственной вентиляции легких.

Как показывает проведенное исследование, среди пациентов с миастенией, поступающих в ОРИТ, пре-

обладают женщины, соотношение пациентов женского и мужского пола в возрасте до 59 лет — 3 : 1, среди больных старше 60 лет преобладание женщин уменьшается (2 : 1). Начало заболевания у женщин происходит раньше, дебют преимущественно в молодом возрасте (68,2%), в пожилом — значительно реже (22,7%), средний возраст дебюта на 3,1 года меньше, чем у мужчин. Количество пациентов мужского пола, заболевших в мо-

лодом и пожилым возрасте, практически сопоставимо. Более высокая частота встречаемости миастении у женщин в сочетании с более ранним дебютом сопоставима с общемировыми характеристиками болезни [1, 9].

Ассоциация миастении с патологией вилочковой железы (тимомой) была выявлена в 37,9%, при этом в 82% тимомы наблюдалась у пациентов моложе 40 лет.

Большинство пациентов, поступающих в ОРИТ, страдают генерализованной формой заболевания, которая характеризуется более тяжелым течением, повышенной частотой развития кризовых состояний и сложностью лечения.

Выводы:

1. Нами не получено статистически значимых гендерных и возрастных отличий в частоте выявления миастении ($p = 0,43$).

Литература

1. Бондаренко Л. А., Пенина Г. О. Эпидемиология, клинико-функциональные характеристики и качество жизни больных миастенией жителей Европейского Севера // Международный неврологический журнал. Оригинальные исследования. 2009. № 1. С. 71–75.
2. Быков Ю. Н. Качество жизни больных миастенией с различными типами течения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 1–2. С. 64–69.
3. Заславский Л. Г., Хуршилов А. Б. Основные клинико-эпидемиологические показатели миастении в Ленинградской области // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2015. Т. 22, № 4. С. 40–43.
4. Лихачев С. А., Куликова С. Л., Остапенко А. В. Эпидемиология миастении в Республике Беларусь // Журнал неврологии и психиатрии. 2014. № 1. С. 54–57.
5. Котов С. В., Агафонов Б. В., Сидорова О. П. Популяционные исследования миастении в Московской области // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 5. С. 52–55.
6. Романова Т. В., Повереннова И. Е. Клинико-эпидемиологическое исследование миастении в Самарской области // Медицинский альманах. 2011. № 1. С. 187–191.
7. Романова Т. В., Повереннова И. Е. Миастения с ранним и поздним началом заболевания // Саратовский научно-медицинский журнал. 2016. № 2. С. 287–292.
8. Ишмухаметова А. Т. и др. Эпидемиологическое исследование миастении гравис в Республике Башкортостан // Неврологический журнал. 2008. № 6. С. 16–21.
9. Akaishi T., Yamaguchi T., Suzuki Y. Insights into the classification of myasthenia gravis // PloS One. 2014. Vol. 9. P. 1371–1380.
10. Poulas K., Tsibri E., Kokta A. Epidemiology of seropositive myasthenia gravis in Greece // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 2007. Vol. 71, № 3. P. 352–356.
11. Kulkantrakorn K., Sawanyawisuth K., Tiamkao S. Factors correlating quality of life in patients with myasthenia gravis // Neurol. Sci. 2010. Vol. 31. P. 571–573.

Сведения об авторах

Кудашкина Екатерина Юрьевна, студентка 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454076, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел. +7 922 019-09-95; e-mail: fire0808@mail.ru, ORCID 0000-0002-8819-8511

Астахов Алексей Арнольдович, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: aaastakhov@gmail.com, ORCID 0000-0001-6502-1513

Сафронова Кристина Константиновна, врач — анестезиолог-реаниматолог ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: kristin_erm@mail.ru, ORCID 0000-0003-4516-2559

Недбайло Игорь Николаевич, зав. ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: nedb-igor@yandex.ru, ORCID 0000-0002-9402-5203

УДК 616-036.88-08-036

Прогностическая ценность шкалы RIFLE у больных в ОРИТ

Е. А. Сухих¹, А. А. Астахов¹, М. А. Губанов², И. Н. Недбайло²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

² Клиника федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

Prognostic value of RIFLE criteria in ICU patients

Е. А. Sukhikh¹, А. А. Astakhov¹, М. А. Gubanov², I. N. Nedbailo²

¹ South-Urals State Medical University, Chelyabinsk

² South-Urals State Medical University Teaching Hospital, Chelyabinsk

Аннотация. Рассматривается одно из наиболее частых осложнений ВИЧ в отделении интенсивной терапии — острое почечное повреждение. В качестве метода диагностики использована шкала RIFLE. Обследована группа пациентов с 4-й стадией ВИЧ-инфекции в условиях ОРИТ. Оценена ее прогностическая ценность относительно исхода заболевания, а также влияние гендерных, возрастных отличий и стадии заболевания на вероятность ее возникновения.

Ключевые слова: острое почечное повреждение; шкала RIFLE; летальность; ВИЧ.

Abstract. This article is dedicated to the one the most common complications — Acute Kidney Injury. The RIFLE classification was used as a diagnostic tool. We performed a study on ICU patients with stage 4 of HIV infection. We sought to evaluate the ability of the RIFLE criteria to predict outcomes, as well as impact of gender and age differences and stage of HIV on AKI occurrence.

Keywords: Acute Kidney Injury; RIFLE scale; mortality; HIV.

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) — одна из ведущих проблем здравоохранения, оказывающая влияние на миллионы пациентов по всему миру и приводящая к снижению уровня выживаемости и увеличению внутрибольничной летальности, прогрессированию в хроническую болезнь почек (ХБП). ОПП определяется как резкое ухудшение почечной функции и является широко распространенным среди пациентов с неблагоприятным прогнозом и самой частой причиной органной дисфункции в отделении реанимации. Распространенность ОПП возрастает. Согласно данным KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), ОПП встречается у 20,9% госпитализированных больных и 31,7% пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Многие исследования показали, что более чем у двух третей всех пациентов ОРИТ развивается ОПП, определяемое критериями RIFLE. ОПП у пациентов ОРИТ связано с длительным пребыванием в стационаре, прогрессированием хронической болезни почек и более высоким риском внутрибольничной летальности.

Долгое время не было единых критериев ОПП. С 2000 года было проведено четыре согласительных конференции, где были приняты основные положения по диагностике, лечению и профилактике острой почечной дисфункции. В 2004 году они были опубликованы в журнале Critical Care [9].

С целью стандартизировать определение ОПП международная согласительная комиссия Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) разработала шкалу RIFLE, где каждая буква в названии отражает степень острого нарушения функции почек: Risk — риск, Injury — повреждение, Failure — недостаточность, Loss of kidney function — утрата функции почек, End-stage kidney disease — терминальная стадия почечной недостаточности. Классификация RIFLE основывается на показателях сывороточного креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и объема выделяемой мочи, который рассчитывается на килограмм веса. По данным критериям выделяют три степени тяжести ОПП (риск, повреждение и недостаточность) и два исхода (утрата функции почек и терминальная стадия почеч-

ной недостаточности). Стадия ставится на основании худшего критерия [1].

Трудность при оценке почечного повреждения по шкале RIFLE представляет значение исходного уровня креатинина, которое не всегда известно. В этом случае рекомендуется ориентироваться на упрощенную формулу MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study), которая учитывает возраст, пол, расу и уровень сывороточного креатинина. Нижняя граница нормы СКФ по формуле MDRD — 75 мл/мин/1,73 м² [2, 7, 8].

В сентябре 2005 года рабочей группой специалистов Acute Kidney Injury Network, работающих с ОПП, была предложена классификация AKIN, которая была затем опубликована в марте 2007 года в журнале Critical Care. Отличие классификации AKIN в том, что нет потребности в знании исходного уровня креатинина, но требуется по меньшей мере два измерения креатинина в течение 48 часов. Также диагностику ОПП разрешается проводить после достижения адекватного уровня гидратации и после исключения обструкции мочевыводящих путей. При этом классификация RIFLE до сих пор широко используется для мониторинга прогрессирования степени тяжести ОПП у критически больных пациентов, поступивших в ОРИТ, что было подтверждено во многих исследованиях. Фактически классификация AKIN по сравнению с классификацией RIFLE не показала лучшей прогностической ценности с точки зрения внутрибольничной смертности, хотя она позволяет выявить больше пациентов с ОПП [4, 5, 6].

Классификация RIFLE разрабатывалась с целью диагностики и оценки критических состояний функции почек, в первую очередь она применяется для случаев острого канальцевого некроза, реже — при других вариантах ОПП [5].

Опубликовано множество научных работ, преимущественно ретроспективного характера, подтверждающих прогностическую значимость и приемлемость шкалы RIFLE при сепсисе, различной хирургической и травматологической патологии, ожоговой травме, а также целом ряде терапевтической и неврологической патологии [3].

В 2007 году J. A. Lopes с соавторами было проведено исследование и опубликована работа «Применение классификации RIFLE для оценивания острой почечной недостаточности у больных с ВИЧ-инфекцией». Был произведен ретроспективный анализ историй болезни ВИЧ-инфицированных, находившихся в ОРИТ инфекционного профиля в больнице Санта-Мария (Лиссабон, Португалия) в период с января 2002 по июнь 2006 года. Пациенты с хронической болезнью почек, получавшие диализ, были исключены из выборки. Было обследовано 97 ВИЧ-инфицированных пациентов, средний возраст ($42,7 \pm 12,2$) года. На основании критериев RIFLE у 46 пациентов (47,4%) было диагностировано ОПП. Из них 12 пациентов (26%) были отнесены к классу RIFLE-R, 9 пациентов (19,5%) — к классу RIFLE-I и 25 пациентов (54,3%) — к классу RIFLE-F. Пациенты не различались по возрасту, полу, расе, типу ВИЧ, стадии ВИЧ-инфекции, высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), сопутствующей патологии и тяжести заболевания.

Общая смертность составила 43,3% и значительно нарастала при повышении класса ОПП по RIFLE (норма — 23,5%; класс R — 50%; класс I — 66,6%; класс F — 72%; $p < 0,0001$). Большинство пациентов (95%) умерли в ОРИТ в течение первого месяца госпитализации. Многофакторный регрессионный анализ показал, что только класс I и класс F были предикторами летальности. В целом исследование показало, что острое повреждение почек, определяемое с помощью критериев RIFLE, является распространенным явлением среди ВИЧ-инфицированных пациентов и имеет высокую прогностическую ценность [2].

Цель работы: определить прогностическую ценность классификации RIFLE среди ВИЧ-инфицированных пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии, оценить структуру больных с ОПП по классификации RIFLE.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 104 историй болезни пациентов,

проходивших лечение в ОРИТ инфекционного профиля клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России за период 12 месяцев с декабря 2017 по декабрь 2018 года.

Критериями исключения стали: нахождение в ОРИТ менее 48 часов, пациенты с хронической болезнью почек в анамнезе.

Был подготовлен лист сбора данных для обобщения информации, полученной из историй болезни. Он включал демографическую информацию (возраст, пол), стадию ВИЧ-инфекции, продолжительность госпитализации, состояние пациента, сопутствующие заболевания, возможные причины ОПП, исходные показатели уровня креатинина сыворотки, сывороточного креатинина на момент поступления.

Обработка и анализ полученных результатов проводились с использованием программы MS Excel, пакета прикладных программ SPSS Statistics 17. Описательная статистика проводилась с использованием параметрических критериев средней (M) и стандартного отклонения (SD). Анализ четырехпольных таблиц и произвольных таблиц сопряженности производили с использованием критерия хи-квадрат. Результаты в независимых группах сравнивали с помощью U-критерия Манна — Уитни. Количественные данные представлены медианой и 25 и 75-м процентилями. Достоверность принимали при $p < 0,05$. Порядковые данные представлены абсолютными числами и относительными частотами (%).

Пациенты, которые соответствовали любому из критериев классификации RIFLE, были определены как пациенты с ОПП. ОПП рассматривали, если было повышение креатинина в сыворотке более чем в 1,5 раза от исходного значения, или снижение СКФ более чем 25% от исходного значения, или выделение мочи ниже 0,5 мл/кг/ч в течение 6 часов.

В соответствии с показателями сывороточного креатинина и диуреза ОПП делилось по трем классам в зависимости от степени тяжести (R, I и F) и двум классам в зависимости от клинического исхода (L и E) (таблица 1).

Таблица 1

Классификация RIFLE

Классы	Критерии по клубочковой фильтрации	Критерии по диурезу
Риск	↑ уровня креатинина в 1,5 раза или ↓ СКФ на 25 %	$< 0,5$ мл/кг/ч ≥ 6 ч
Повреждение	↑ уровня креатинина в 2 раза или ↓ СКФ на 50 %	$< 0,5$ мл/кг/ч ≥ 12 ч
Недостаточность	↑ уровня креатинина в 3 раза или ↓ СКФ на 75 %, если исходный уровень креатинина $\geq 353,6$ мкмоль/л с нарастанием не менее 44,2 мкмоль/л	$< 0,3$ мл/кг/ч ≥ 24 ч или анурия ≥ 12 ч
Потеря почечной функции	Стойкое ОПП; полная потеря почечной функции > 4 недель	
Терминальная почечная недостаточность	Полная утрата функции почек > 3 мес.	

Результаты исследования и их обсуждение. Среди 104 пациентов 66 (63,5%) были мужчинами. Средняя продолжительность пребывания в ОРИТ составила ($11,8 \pm 7,7$) сут. Все пациенты имели стадии 4А, 4Б, 4В.

На 5-е сутки нахождения в ОРИТ пациенты были разделены на две группы на основании классификации RIFLE. Группа 1 состояла из 41 пациента с ОПП (39,4%), а группа 2 — из 63 пациентов без ОПП (60,6%). Груп-

па 1 была также классифицирована согласно RIFLE следующим образом: R (n = 21; 52,2%), I (n = 10; 24,4%), F (n = 10; 24,4%), L (n = 0; 0%) и E (n = 0; 0%).

Связь возраста и пола с заболеваемостью ОПП.

Средний возраст пациентов составил (38,9±7) лет (от 26 до 57 лет). Большинство пациентов (n = 87; 83,7%) были в возрасте до 44 лет. Среди них 38 женщин (35,5%) и 66 мужчин (63,5%). Средний возраст

группы с ОПП составил (38,2±5) лет, а средний возраст группы без ОПП — (39,3±6) лет.

Среди пациентов с ОПП было 25 (61%) мужчин и 16 (39%) женщин. В группе без ОПП был 41 (65,1%) мужчина и 22 (34,9%) женщины. Нами не было обнаружено значимой связи между стадией ВИЧ-инфекции, возрастом, полом и частотой возникновения ОПП (таблица 2).

Таблица 2

Характеристика пациентов ОРИТ, связанная с ОПП

Критерий	Все пациенты (n = 104)	Пациенты без ОПП (n = 63)	Пациенты с ОПП (n = 41)	p
Средний возраст, Me [Q25; Q75]	38 [34; 41,75]	37 [34,5; 32]	38 [33; 41,5]	pMW = 0,726
Стадия ВИЧ, n (%)	IVA: 15 (14,4%)	8 (12,7%)	7 (17,1%)	p = 0,558
	IVB: 23 (22,1%)	16 (25,4%)	7 (17,1%)	
	IVB: 66 (63,5%)	39 (61,9%)	27 (65,8%)	
Пол, n (%)	М: 66 (63,5%)	М: 41 (65,1%)	М: 25 (61%)	p = 0,672
	Ж: 38 (36,5%)	Ж: 22 (34,9%)	Ж: 16 (39%)	
Летальность, n (%)	28 (26,9%)	4 (6,3%)	24 (58,5%)	p < 0,001

Исходы и уровень летальности. Умерших среди всех обследованных пациентов было 26,9% (28/104). Летальность пациентов с ОПП составила 58,5% (24/41); 6,3% (4/63) — среди пациентов без ОПП. Была обнаружена статистически значимая разница между частотой летальных исходов и частотой возникновения ОПП (p < 0,001).

На основании классификации RIFLE летальность

составила 38,1% (8/21) для пациентов класса RIFLE-R (риск), 70% (7/10) — для пациентов класса RIFLE-I (повреждение), 90% (9/10) — для пациентов класса RIFLE-F (недостаточность). Среди обследованных пациентов классов-исходов RIFLE-L и RIFLE-E определено не было. Была обнаружена достоверная связь между различными классами RIFLE и уровнем летальности (p < 0,001) (таблица 3).

Таблица 3

Исход заболевания в зависимости от класса ОПП по RIFLE

Наличие ОПП		Число пациентов, n (%)	Летальность, %	Хи-квадрат
Пациенты без ОПП		63 (60,6%)	6,3%	p < 0,001
Пациенты с ОПП	R	21 (20,2%)	38,1%	
	I	10 (9,6%)	70%	
	F	10 (9,6%)	90%	
	L	—	—	
	E	—	—	

Выводы:

1. Проведенное нами исследование подтвердило высокую частоту встречаемости ОПП в изучаемой популяции. На основании классификации RIFLE она составила 39,4%. Летальность была достоверно выше среди пациентов с ОПП по сравнению с пациентами без ОПП (p < 0,001).

2. Повышение класса ОПП по классификации RIFLE достоверно увеличивает летальность среди пациентов ОРИТ (p < 0,001).

3. Классификация RIFLE является практически значимой для прогнозирования исходов заболевания, проста в применении и имеет перспективы более широкого применения в повседневной клинической практике.

Литература

1. Mohammadi Kebar S. et al. The Incidence Rate, Risk Factors and Clinical Outcome of Acute Kidney Injury in Critical Patients // Iran J. Public Health. 2018. Vol. 47, № 11. P. 1717–1724.
2. Lopes J. A. et al. An assessment of the RIFLE criteria for acute renal failure in critically ill HIV-infected patients // Crit. Care. 2007. Vol. 11, № 1. P. 401.
3. Englberger L. et al. Clinical accuracy of RIFLE and Acute Kidney Injury Network (AKIN) criteria for acute kidney injury in patients undergoing cardiac surgery // Crit. Care. 2011. Vol. 15, № 1. P. 122–125.
4. Bouchard J. et al. A Prospective International Multicenter Study of AKI in the Intensive Care Unit // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2015. Vol. 10, № 8. P. 1324–1331.
5. Cruz D. et al. North East Italian Prospective Hospital Renal Outcome Survey on Acute Kidney Injury (NEiPHROS-AKI): targeting the problem with the RIFLE Criteria // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2007. Vol. 2, № 3. P. 418–425.
6. Shin M. J. et al. RIFLE classification in geriatric patients with acute kidney injury in the intensive care unit // Clin. Exp. Nephrol. 2016. Vol. 20, № 3. P. 402–410.
7. da Hora Passos R. et al. Inclusion and definition of acute renal dysfunction in critically ill patients in randomized controlled trials: a systematic review // Crit. Care. 2018. Vol. 22, № 1. P. 106.
8. Шабалин В. В., Гринштейн Ю. И., Байкова О. А. Современные критерии острой почечной недостаточности. Значение классификации RIFLE // Сибирское медицинское обозрение. 2010. № 2. С. 52–64.
9. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney inter., Suppl. 2012. P. 1–138.

Сведения об авторах

Сухих Екатерина Александровна, студентка 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454076, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел. +7 909 082-55-63; e-mail: katherinesukhikh@gmail.com, ORCID 0000-0002-7108-4921

Астахов Алексей Арнольдович, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: aaastakhov@gmail.com, ORCID 0000-0001-6502-1513

Губанов Михаил Александрович, врач — анестезиолог-реаниматолог ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: mishanya_gubanov@mail.ru, ORCID 0000-0001-6742-2097

Недбайло Игорь Николаевич, зав. ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: nedb-igor@yandex.ru, ORCID 0000-0002-9402-5203

УДК 616.61-008-02:616-097.22

Почечная дисфункция ВИЧ-инфицированных

Э. С. Ханаева¹, А. А. Астахов¹, И. С. Анчуг², И. Н. Недбайло²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

² Клиника федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

Renal dysfunction of HIV-infected

E. S. Khanaeva¹, A. A. Astakhov¹, I. S. Anchugov², I. N. Nedbailo²

¹ South-Urals State Medical University, Chelyabinsk

² South-Urals State Medical University Teaching Hospital, Chelyabinsk

Аннотация. Проведен ретроспективный анализ 148 историй болезни ВИЧ-инфицированных больных за 2017 год, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии клиники ЮУГМУ, с оценкой почечной дисфункции. Гендерных и возрастных различий, влияния стадии ВИЧ-инфекции, вклада факторов, повреждающих почки, в развитие ренальной дисфункции у ВИЧ-инфицированных пациентов не выявлено. Развитие острого поражения почек у ВИЧ-инфицированного больного является фактором, увеличивающим частоту летальных исходов.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; нефропатия; нефротоксичность.

Abstract. A retrospective analysis was conducted at an intensive care unit of the hospital of South-Urals State Medical University in 2017 among 148 people who were being treated. Gender and age differences, the level of HIV infection, infectious factors, damaging the kidneys, the development of renal dysfunction in HIV-infected patients have not been identified. The development of acute kidney damage in an HIV-infected patient is a factor that increases the frequency of deaths.

Keywords: HIV infection; nephropathy; nephrotoxicity.

Актуальность. Развитие дисфункции почек является одной из главных проблем среди группы пациентов с ВИЧ-позитивным статусом, и не только потому, что инфекция ВИЧ широко повсеместно распростра-

на и темпы ее распространения увеличиваются, но и связано это с особенностью лекарственной терапии, причинами заражения ВИЧ, а также непосредственным влиянием вируса на почки.

ВИЧ-инфекция/СПИД является одной из наиболее важных и острых проблем в мире. В настоящее время в нашей стране каждый день около 300 человек заражается ВИЧ и около 70 человек умирает в связи с ВИЧ-инфекцией. По данным ФНМЦ ПБ СПИД, число ВИЧ-инфицированных российских граждан составляет более 1 млн.

Реализация патологического процесса в почках при ВИЧ-инфекции может быть обусловлена влиянием различных факторов, таких как нефротоксичные препараты, сепсис. ВИЧ-ассоциированная нефропатия вызывается непосредственной экспрессией генома ВИЧ в почечной ткани, приводящей к повреждению эпителия клубочков и канальцев. Повреждение подоцитов с нарушением их дифференциации и потерей многих фенотипических маркеров является одним из ключевых этапов формирования нефропатии при ВИЧ [1, 2, 3]. Это следует принимать во внимание, так как поражение почек независимо от стадии ВИЧ-инфекции характеризуется прогрессирующим течением с развитием тяжелых осложнений, что определяет необходимость раннего обнаружения признаков почечной дисфункции.

Истинную распространенность хронической болезни почек (ХБП) и спектр поражений почек у ВИЧ-инфицированных лиц на различных стадиях ВИЧ-инфекции трудно оценить. Согласно национальным клиническим рекомендациям, частота всех вариантов поражения почек при ВИЧ-инфекции варьирует в диапазоне 8,5–35% в США, 6–48,5% в странах Африки и от 3,5 до 17% в странах Европы.

В Российской Федерации при обследовании 805 пациентов с ВИЧ-инфекцией, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении, вовлечение почек в патологический процесс обнаружено в 1/3 случаев (35,7%), а хроническая болезнь почек диагностирована у 66/805 — 8,2% пациентов.

Увеличение пораженности ВИЧ-инфекцией привело к росту числа нуждающихся в антиретровирусной терапии (АРВТ). Однако использование широкого спектра ЛП и их комбинаций не исключает возможности развития нефротоксичных эффектов. Это требует проведения среди ВИЧ-инфицированных мониторинга маркеров острого почечного повреждения (ОПП) с оценкой исходного функционального состояния почек, что необходимо учитывать при назначении различных схем АРВТ.

Острое повреждение почек определяется как резкое, потенциально обратимое поражение почек, приводящее к нарушению почечных функций, и является одной из частых причин органной дисфункции и прогрессирования в ХБП [6, 7, 8].

Из формул, используемых для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у взрослых, на сегодняшний день наиболее совершенной является формула СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), в которой учитываются раса, пол, воз-

раст, креатинин сыворотки. Расчет СКФ по этой формуле по сравнению с другими формулами (MDRD) дает результаты, наиболее точно сопоставимые с данными, полученными при оценке клиренса ^{99m}Tc -ДТПА, в том числе и при сохранной функции почек.

Формула СКД-EPI является простым и валидным методом диагностики ОПП, в том числе и для пациентов с инфекцией ВИЧ, а также имеет высокую чувствительность и специфичность [4, 5].

Цель работы: проанализировать частоту возникновения, структуру, а также этиологические факторы почечной дисфункции у ВИЧ-инфицированных больных, проходивших лечение в специализированном отделении реанимации и интенсивной терапии за 2017 год.

Материалы и методы исследования. В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 148 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ОРИТ клиники ЮУГМУ, за 2017 год.

Лечение, проводимое пациентам, назначалось согласно действующим утвержденным клиническим рекомендациям и стандарту оказания помощи больным с ВИЧ-инфекцией. Больные данной категории получают более 5, а иногда 10 препаратов, некоторые из них обладают выраженной нефротоксичностью: это противовирусные препараты (ламивудин, тенофовир), антибактериальные, противогрибковые препараты. Больных, получающих два и более нефротоксичных препарата, мы отнесли к первой группе.

Вторую группу составили внутривенные наркоманы, диагноз которых подтверждался консультацией нарколога. Кроме того, инъекционные наркотики, как правило, влекут за собой, помимо токсического действия, бактериальное загрязнение крови. В эту же группу нами были отнесены больные с доказанной бактериемией, но без активной наркомании.

К третьей группе мы отнесли больных, не вошедших в первую и вторую группы, но имеющих ОПП. Необходимо отметить, что среди инфекционных агентов, поражающих почки, помимо самого вируса иммунодефицита, могут быть бактерии (*M. tuberculosis*, *M. avium* и др.), грибковые поражения (грибы рода *Candida*, *Actinomyces* и др.), вирусы (ЦМВ-инфекция), которые часто присутствуют у данной категории больных, особенно на продвинутых стадиях заболевания. За критерий ОПП нами принято снижение расчетной величины скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м², что соответствует 3-й стадии, на момент поступления и исхода госпитализации в ОРИТ. По этому критерию пациенты каждой из групп разделены на две группы: наличие и отсутствие ОПП.

Обработка и анализ результатов проводились с использованием программы Microsoft Excel, пакета прикладных программ SPSS Statistics 17. Описательная статистика проводилась с использованием параметрических критериев средней (M) и стандартного отклонения (SD). Анализ четырехпольных и произвольных таблиц сопряженности был проведен с использованием критерия хи-квадрат. Достоверность принимали при $p < 0,05$. Порядковые данные представлены абсолютными числами и относительными частотами (%).

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за 2017 год в отделении реанимации и интенсивной терапии пролечено 465 больных, из них 148 пациентов страдали инфекцией ВИЧ, что составило 31,8%.

Поражение почек наблюдалось у 43 пациентов (29,0%) в возрасте ($36,1 \pm 5$) лет (от 25 до 59), большин-

ство пациентов молодого возраста, 18–44 года ($n = 31$; 72,1%). Средний возраст группы без ОПП составил ($39,2 \pm 6$) лет, также большая часть ($n = 68$; 64,8%) — молодого возраста (18–44 года). Статистически значимой разницы между возрастом, полом и частотой возникновения нефропатий не выявлено (таблица 1).

Таблица 1

Гендерно-возрастная характеристика больных ВИЧ-инфекцией с почечной дисфункцией

Возрастной период / Пол	Есть нефропатия, n, %	Нет нефропатии, n, %	Точный критерий Фишера
18–44 года	31 (72,1 %)	68 (64,8 %)	p = 0,45
44–60 лет	12 (27,9 %)	37 (35,2 %)	
Мужчины	25 (58,1 %)	66 (62,9 %)	p = 0,71
Женщины	18 (41,9 %)	39 (37,1 %)	

Показатели СКФ представлены на рисунке 1. До поступления в ОРИТ снижение СКФ регистрировалось

у 21 пациента (48,8%), после поступления — у 22 пациентов (51,2%).



Рисунок 1. Группы пациентов с ОПП

В таблице 2 представлена частота ОПП у пациентов с ВИЧ-инфекцией с разными стадиями. Среди больных, имеющих IVA стадию ВИЧ, ОПП выявлено у 2 пациентов (4,7%), IVБ стадию — у 9 пациентов

(20,9%), IVВ — у 32 пациентов (74,5%). У больных без ОПП IVA стадию имели 12 пациентов (11,4%), IVБ стадию — 15 пациентов (14,3%), IVВ — 78 пациентов (74,3 %).

Таблица 2

Острое почечное повреждение у больных ВИЧ-инфекцией различной стадии

Стадия/признак	Есть ОПП, n, %	Нет ОПП, n, %	Хи-квадрат для произвольных таблиц
4А	2 (4,7 %)	12 (11,4 %)	p = 0,315
4Б	9 (20,9 %)	15 (14,3 %)	
4В	32 (74,4 %)	78 (74,3 %)	

В таблице 3 представлена частота развития ОПП в различных группах: прием нефротоксичных препаратов, наличие сепсиса либо потребление наркотических препаратов, неуточненная причина. В структуре причин поражения почек преобладали нефропатия на фоне

приема нефротоксичных ЛС — 19 пациентов (44,2%) и нефропатия, связанная с сепсисом и потреблением инъекционных наркотических препаратов (ПИН), — 16 пациентов (37,2%). У 105 пациентов нефропатия обнаружена не была (таблица 3).

Таблица 3

Влияние этиологических факторов на развитие нефропатий

Группа/признак	Есть ОПП, n, %	Нет ОПП, n, %	Хи-квадрат для произвольных таблиц
Группа 1 (прием нефротоксичных препаратов)	19 (44,2%)	46 (43,8%)	p = 0,998
Группа 2 (сепсис + ПИН)	16 (37,2%)	39 (37,1%)	
Группа 3 (неуточненная причина)	8 (18,6%)	20 (19,1%)	

Связь между повреждающими факторами и возникновением нефропатий квалифицирована как незначимая (p = 0,998).

Летальный исход составил 19,6% от всех обследо-

ванных. Число умерших с нефропатией составило 14 (32,5%) человек, умерших без нефропатии — 15 (14,3%) человек. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Исход заболевания в зависимости от ОПП

Признак/исход	Выжили, n, %	Умерли, n, %	Точный критерий Фишера
Наличие нефропатии	29 (67,5%)	14 (32,5%)	p = 0,02
Отсутствие нефропатии	90 (85,7%)	15 (14,3%)	

Была выявлена статистически значимая связь между наличием нефропатий и летальным исходом заболевания (p = 0,02).

Выводы:

1. Гендерных и возрастных различий, влияния стадии ВИЧ-инфекции, вклада факторов, повреждающих

почки, в развитие ренальной дисфункции у ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, не выявлено.

2. Развитие острого поражения почек у ВИЧ-инфицированного больного является фактором, увеличивающим частоту летальных исходов.

Литература

1. Юшук Н. Д. Варианты поражения почек при ВИЧ-инфекции // Тер. архив. 2008. № 12. С. 78–81.
2. Белякова Н. А., Рахманова А. Г. Вирус иммунодефицита человека. СПб.: Медицина. Балтийский образовательный центр, 2010. 752 с.
3. Национальные клинические рекомендации [Текст]: Хроническая болезнь почек у ВИЧ-инфицированных пациентов / под ред. Г. В. Волгина, М. М. Гаджикулиева М., 2015. 34 с.
4. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease // Kidney International Supplement. 2013. Vol. 3. P. 150.
5. Ibrahim F. et al. Comparison of CKD-EPI and MDRD to estimate baseline renal function in HIV-positive patients // Nephrol. Dial. Transplant. 2012. Vol. 27. P. 2291–2297.
6. Perry H. M., Okusa M. D. Endothelial Dysfunction in Renal Interstitial Fibrosis // Nephron. 2016. Vol. 134, № 3. P. 167–171.
7. Guerrot D., Dussaule J. C., Kavvadas P. et al. Progression of renal fibrosis: the underestimated role of endothelial alterations // Fibrogenesis Tissue Repair. 2012. Vol. 5 (Suppl. 1). P. 15.
8. da Hora Passos R. et al. Inclusion and definition of acute renal dysfunction in critically ill patients in randomized controlled trials: a systematic review // Crit. Care. 2018. Vol. 22, № 1. P. 106.

Сведения об авторах

Ханаева Эмилия Сахиб кызы, студентка 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 45076, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64; тел. +7 351 262-77-98; e-mail: emily_hanaeva@mail.ru, ORCID 0000-0002-0441-1144

Астахов Алексей Арнольдович, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: aaastakhov@gmail.com, ORCID 0000-0001-6502-1513

Анчугов Иван Сергеевич, врач — анестезиолог-реаниматолог ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: anchugoff_i_s@mail.ru, ORCID 0000-0001-6573-7562

Недбайло Игорь Николаевич, зав. ОРИТ клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: nedb-igor@yandex.ru, ORCID 0000-0002-9402-5203

В помощь авторам статей

Оформление

Название статьи должно быть компактным не в ущерб информативности.

Кроме названия, в *шапке статьи* (см. ниже) надо указать Ф. И. О. авторов, их должности, ученые степени, а также полные наименования и местоположение учреждений, которые авторы представляют.

Шапка, аннотация и список ключевых слов к статье предоставляются на русском и английском языках. Не советуем полагаться на сервисы автоматического перевода. Аутентичные термины и обороты вы сможете почерпнуть из англоязычных источников по тематике вашего исследования.

Если вы используете сокращения, не являющиеся общеупотребительными и интуитивно понятными, обязательно расшифруйте их при первом использовании в тексте статьи.

Список литературы составляется в соответствии с действующим стандартом библиографических списков. При его подготовке, а также при составлении перечня ключевых слов и определении УДК статьи вам помогут работники библиотеки.

Перед отправкой материалов в редакцию не забудьте воспользоваться сервисом проверки правописания, который имеется в каждом современном текстовом редакторе. Для получения подсказки, как включить этот сервис на вашем рабочем месте, обычно достаточно клавиши F1.

Комплектация пакета документов к отсылке в редакцию

Статьи и все необходимые материалы к ним готовятся в электронном виде и присоединяются к письму, отсылаемому в редакцию на адрес rgmedes@chelsma.ru. В соответствующий пакет документов обязательно входят два текстовых файла (пожалуйста, убедитесь, что вы сохранили их в формате DOC, а не DOCX).

1. Файл статьи, включая:

		Язык	Объем
Шапка	УДК	Код	По факту
	Название статьи	Русск.	По факту
		Англ.	
	Ф. И. О., должности и ученые степени авторов; полные наименования и местоположение учреждений, которые они представляют	Русск.	По факту
		Англ.	
	Аннотация (англ. Abstract)	Русск.	≈ 1000 знаков
		Англ.	≈ 1000 знаков
	Ключевые слова (англ. Keywords)	Русск.	≤ 5 слов
		Англ.	≤ 5 слов
	Текст статьи	Русск.	≈ 4–5 машинописных листов, или 12–15 тыс. знаков
	Библиография	На языке источников	

2. Отдельный файл-справка об авторах, включая:

Данные	Язык	Требования
Ф. И. О. (полностью)	Русск.	Указывается для каждого автора
Должность		
Место работы		
Электронная почта		
Полная контактная информация (включая адрес и телефон)		По первому автору

Рекомендации по объему основного текста статьи, включая библиографию, приблизительные. Для своего удобства при подсчете листажа вы можете ориентироваться на следующий набор параметров: Times New Roman 12 pt, интервал между строками — единица, между абзацами — «Авто» или 0. Впрочем, не будет большой беды, если шрифт окажется Arial: в данном случае содержание гораздо важнее формы.

3. Файлы таблиц, графиков, изображений и других иллюстраций к статье.

Все **таблицы и графики**, подготовленные в Excel и других приложениях Microsoft Office, должны быть включены в отсылаемый пакет документов **наряду** с файлом статьи.

Соответственно, вам не обязательно владеть передовой техникой их «внедрения» (англ. embedding) в документы Word. Достаточно вписать рядом с заголовком иллюстрации (табл.1, рис. 2 и т. п.) название соответствующей закладки (англ. sheet) или графика (англ. chart) в высланном вами файле Excel.

Поскольку цвета при черно-белой печати передаются полутонами серого, обязательно проверьте, как выглядят и насколько читаемы и различимы ваши графики, схемы и фотографии в печатном варианте.

Изображения, добавленные в статью (фотографии, сканы, скриншоты и пр.), также присоединяются к письму в виде **отдельных файлов** соответствующих форматов (BMP, PNG, JPG, GIF).



ISSN 2412-5741

