

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Научно-практический рецензируемый журнал № 4, 2018

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ74-00953

Адрес редакции: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

Редакция журнала:
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»
тел.: 8 (351) 232-00-13
E-mail: sumed74@mail.ru
www.sumj.ru

При информационной поддержке:
Министерства здравоохранения Челябинской области
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Издательство:
Журнал отпечатан с оригинал-макетов в ООО «Абрис-Принт», г. Челябинск, Комсомольский проспект, 2.
Номер подписан в печать по графику 25.12.2018 г. Фактически 25.12.2018 г. Дата выхода 27.12.2018 г.
Распространяется бесплатно. Подписной индекс: П5518.

Перепечатка материалов допускается только с письменного разрешения редакционного совета

16+

Тираж: 500 экземпляров
Выходит 4 раза в год

Главный редактор:
Летяева О.И., д.м.н., доцент (Челябинск)

Редакционный совет:
Зиганшин О.Р., д.м.н., профессор (Челябинск)
Москвичева М.Г., д.м.н., профессор (Челябинск)
Телешева Л.Ф., д.м.н., профессор (Челябинск)
Гизингер О.А., д.б.н., доцент (Челябинск)
Осиков М.В., д.м.н., профессор (Челябинск)

Члены редакционной коллегии:
Абрамовских О.С., д.м.н., доцент (Челябинск)
Арифов С.С., д.м.н., профессор (Узбекистан)
Балтабаев М.К., д.м.н., профессор (Киргизия)
Важенин А.В., д.м.н., профессор, академик РАН (Челябинск)
Васильев Ю.С., д.м.н. (Челябинск)
Волосников Д.К., д.м.н., профессор (Челябинск)
Долгушин И.И., д.м.н., профессор, академик РАН (Челябинск)
Долгушина В.Ф., д.м.н., профессор (Челябинск)
Евстигнеева Н.П., д.м.н. (Екатеринбург)

Зуев А.В., д.м.н., профессор (Калининград)
Казачков Е.Л., д.м.н., профессор (Челябинск)
Кохан М.М., д.м.н., профессор (Екатеринбург)
Латюшина Л.С., д.м.н., доцент (Челябинск)
Малова И.О., д.м.н., профессор (Иркутск)
Малинина Е.В., д.м.н., доцент (Челябинск)
Молочков В.А., д.м.н., профессор (Москва)
Охлопков В.А., д.м.н., профессор (Омск)
Привалов А.В., д.м.н., профессор (Челябинск)
Симбирцев А.С., д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Санкт-Петербург)
Хисматуллина З.Р., д.м.н., профессор (Уфа)
Шишкова Ю.С., д.м.н., доцент (Челябинск)
Шаназаров Н.А., д.м.н., доцент (Челябинск)
Шперлинг Н.В., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Юцковская Я.А., д.м.н., профессор (Москва)

Технические редакторы:
Антимирова Е.А.
Францева О.В.

SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL

Scientific and practical journal № 4, 2018

SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL
Scientific and practical peer-reviewed journal

The journal is registered by Federal service for supervision of legislation in mass communications and cultural heritage protection. Certificate of registration media PI NUMBER TY74-00953

Editorial address: 454048, Chelyabinsk, street Yablochkina, 24

Editorial board:
"THE SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL"
tel: 8 (351) 232-00-13
E-mail: sumed74@mail.ru
www.sumj.ru

With the information support:
The Ministry of health of the Chelyabinsk region
Of the "South Ural state medical University"

Publisher:
The magazine printed the original layouts in OOO "Abris-Print", Chelyabinsk, the Komsomol prospectus, 2.
Room signed print on schedule 25.12.2018. In fact 25.12.2018. Release date 27.12.2018.
Distributed free of charge. Subscription index: П5518.

The reprint of materials is allowed only with the written permission of the editorial Board

16+

Circulation: 500 copies
Published 4 times a year

Editor in chief:

Letyaeva O. I., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Editorial Board:

Ziganshin O. R., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Moskvicheva M. G., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Telesheva L. F., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Gizinger O. A., doctor of biological Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Osikov M. V., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Members of the editorial Board:

Abramovskih O. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Arifov S. S., doctor of medical Sciences, Professor (Uzbekistan)

Baltabayev M. K., doctor of medical Sciences, Professor (Kyrgyzstan)

Vazhenin A.V., doctor of medical Sciences, Professor, academician of the Russian Academy of Sciences (Chelyabinsk)

Vasiliev Y.S., doctor of medical Sciences (Chelyabinsk)

Volosnikov D. K., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Dolgushin I. I., doctor of medical Sciences, Professor, academician of the Russian Academy of Sciences (Chelyabinsk)

Dolgushina V. F., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Evstigneeva N. P., doctor of medical Sciences (Yekaterinburg)
Zuyev A.V., doctor of medical Sciences, Professor (Kaliningrad)
Kazachkov E. L., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Kokhan M. M., doctor of medical Sciences, Professor (Ekaterinburg)

Latushina L. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Malova I. O., doctor of medical Sciences, Professor (Irkutsk)

Malinina E.V., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Molochkov V. A., doctor of medical Sciences, Professor (Moscow)

Okhlopov V. A., doctor of medical Sciences, Professor (Omsk)

Privalov A. V., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Simbirtsev A. S., doctor of medical Sciences, Professor, corresponding member of RAS (Saint Petersburg)

Khismatullina Z. R., doctor of medical Sciences, Professor (Ufa)

Shishkova Y. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Shanazarov N. A., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Sperling N. V., doctor of medical Sciences, Professor (Saint Petersburg)

Yutskovskaya J. A., doctor of medical Sciences, Professor (Moscow)

Technical editors:

Antimirova E. A.

Frantseva O. V.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 5** Авилов О.В., Кокорин А.В. Критерии эффективности работы трассовых медицинских пунктов
- 11** Москвичева М.Г., Полинов М.М. Анализ доступности медицинской помощи населению сельского района Челябинской области

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- 18** Яриков А.В., Перльмуттер О.А., Фраерман А.П., Бояршинов А.А., Симонов А.Е., Яксаргин А.В., Истрелов А.К. Осложнения и ошибки хирургического лечения травм грудного и поясничного отделов позвоночника

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- 27** Лысенко О.В. Пастернак А.Е. Практика дерматолога – решение сложных задач
- 34** Лысенко О.В. Длительная антибактериальная терапия как причина торпидного к лечению вульвовагинального кандидоза
- 40** Старцева Е.Ю., Зиганшин О.Р., Летяева О.И., Францева О.В. Опыт применения омализумаба в лечении хронической идиопатической крапивницы

HEALTH ORGANIZATION

- 5** Avilov O.V., Kokorin A.V. Criteria of overall performance of route medical aid stations
- 11** Moskvichev M.G., Polinov M.M. Analysis of the availability of medical assistance to the population of the rural district of Chelyabinsk oblast in the period from 2012 to 2017 years

SCIENTIFIC REVIEW

- 18** Yarikov A.V., Perlmutter O. A., Fraerman A. P., Boyarshinov A.A., Simonov A.E., Yaksargin A.V., Istrellov A.K. Complications and errors of surgical treatment of traumas of the thoracic and lumbar spine

TO HELP THE PRACTICAL DOCTOR

- 27** Lysenko O.V., Pasternak A.E. Dermtologa-practice challenges
- 34** Lysenko O.V. Prolonged antibacterial therapy as a cause of torpidnogo treatment vulvovaginalnogo kadididoza
- 40** Startseva E.Yu., Ziganshin O.R., Letyaeva O.I., Frantseva O.V. Experience in the use of omalizumab in the treatment of chronic idiopathic urticaria

УДК 617-001.3-031.14

Авилов О.В., Кокорин А.В.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ТРАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПУНКТОВ

Avilov O.V., Kokorin A.V.

CRITERIA OF OVERALL PERFORMANCE OF ROUTE MEDICAL AID STATIONS

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет»
Министерства здравоохранения РФ, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Авилов Олег Валентинович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России.

Кокорин Александр Валерьевич – студент 501 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России.

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В современных условиях в связи с увеличением числа автотранспортных средств наблюдается рост количества дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и связанного с ним травматизма. ДТП угрожает жизни и здоровью людей во всем мире, наносит значительный ущерб экономике любого государства, в том числе и России. Курганская область в плане ДТП занимает особое положение в Российской Федерации. За период 2013-2017 гг. смертность населения от ДТП снизилась в Курганской области на 34,7%, однако превышает уровень смертности как в Российской Федерации, так и в Уральском федеральном округе.

Целью исследования явилась оценка эффективности работы трассовых медицинских пунктов (ТМП) на территории Курганской области за период с 2013 по 2017 гг.

Материалы и методы. На основании материалов, предоставленных Департаментом здравоохранения Курганской области в восьми районах, в части которых были открыты ТМП, за период 2013-2017 гг., было проанализировано число пострадавших при ДТП, число госпитализированных

и погибших участников ДТП, тяжесть ДТП (количество погибших на 100 пострадавших в ДТП).

Результаты. Показано, что критериями эффективности ТМП могут быть число госпитализированных при ДТП, число погибших при ДТП, в том числе на догоспитальном этапе, время доезда бригады СМП до места ДТП, тяжесть ДТП. За 2013-2017 гг. силами специалистов ТМП была оказана помощь 3106 больным и пострадавшим, из которых было госпитализировано 760 человек. Бригады ТМП приняли участие в ликвидации последствий 158 ДТП, и в спасении 189 пострадавших, в том числе 18 детей. Указанные показатели можно использовать в качестве критериев эффективности ТМП.

Ключевые слова: дорожно-транспортные происшествия, трассовые медицинские пункты, эффективность работы.

SUMMARY

Relevance. In modern conditions, due to the increase in the number of vehicles, there is an increase in the number of road accidents (RA) and the related traumatism is observed. The accident threatens the life and health of people around the world, causing significant damage to the economy of any state, including Russia. The Road accident threatens human life and health around the world, causes significant damage to economy of any state including Russia. The Kurgan region in terms of road accident occupies a special position in the Russian Federation. During the period 2013-2017 the mortality rate from road accidents decreased in the Kurgan region by 34.7%, however ex-

ceeds the mortality rate both in the Russian Federation and in the Ural Federal District.

Purpose of research was to assess the effectiveness of the work of route medical aid stations (RMAS) on the territory of the Kurgan for the period region from 2013 to 2017.

Materials and methods. On the basis of the materials provided by the Department of health care of the Kurgan region in eight areas regarding which TMP were opened over the period 2013-2017, the number of victims in a road accident was analyzed, number of the hospitalized and died participants of road accident, the severity of road accident (the number of deaths per 100 injured in the accident).

Results. It is shown that the criteria for the effectiveness of RMAS can be the number of hospitalized in an accident, the number of deaths in a road accident, including at a pre-hospital stage, the time of arrival of crew of emergency medical service to the scene of an accident, the severity of road accident. For 2013-2017, the specialists of RMAS were assisted 3106 sick and injured, which were hospitalized 760. Crews of the route RMAS took part in the

elimination of consequences of 158 road accidents, and in the rescue of 189 victims, including 18 children. The specified indicators can be used as the criteria for the effectiveness of the route RMAS.

Keywords: road traffic accidents, highway medical points, criteria of the efficiency of highway medical points.

Актуальность. В современных условиях в связи с увеличением числа автотранспортных средств наблюдается рост количества дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и связанного с ним травматизма [1,2]. ДТП угрожает жизни и здоровью людей во всем мире, наносит значительный ущерб экономике любого государства [3], в том числе и России. Курганская область в плане ДТП занимает особое положение в Российской Федерации. За период 2013-2017 гг. смертность населения от ДТП снизилась в Курганской области на 34,7%, однако превышает уровень смертности как в Российской Федерации, так и Уральском Федеральном округе (табл. 1).

Наименование административной территории	Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)				
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Российская Федерация	14.3	14.1	12.1	10.8	10.1
УрФО	14.8	14.9	12.5	10.4	9.3
Курганская область	26.2	23.8	21.4	16.5	17.1

Таблица 1. Смертность от дорожно-транспортных происшествий.

Для исправления данной ситуации руководством Курганской области поставлены следующие задачи:

- предотвращение ДТП, вероятность гибели людей в которых наиболее высока;
- снижение тяжести травм в ДТП;
- развитие современной системы оказания помощи пострадавшим в ДТП;
- совершенствование системы управления деятельностью по повышению безопасности дорожного движения;
- повышение правосознания и ответственности участников дорожного движения [4,5].

В рамках решения этих задач предполагается создание сети Трассовых медицинских пунктов (ТМП), оценка эффективности которых и является целью настоящего исследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На основании материалов, предоставленных Департаментом здравоохранения Курганской области, в восьми районах области проанализиро-

ваны за период 2013-2017 гг. число пострадавших при ДТП, число госпитализированных и погибших участников ДТП, тяжесть ДТП (количество погибших на 100 пострадавших в ДТП). При этом, в таких регионах как Мишкинский, Юргамышский, Лебяжьевский, Кетовский анализ указанных данных проводился как в период до открытия ТМП (2013-2014 гг.), так и после открытия (2015-2017 гг.). В эти же годы были проанализированы показатели в тех районах, где ТМП не были открыты, и это были Куртамышский, Половинский, Сафакулевский, Щучанский районы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью снижения тяжести медико-санитарных последствий дорожно-транспортных происшествий и совершенствования медицинской помощи Департаментом здравоохранения реализуются государственные программы «Повышение безопасности дорожного движения в Курганской области на 2014-2018 годы» и «Развитие здраво-

охранения до 2020 года». Создана и успешно функционирует трехуровневая система оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Утвержден перечень медицинских организаций Курганской области, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим в ДТП, который охватывает все этапы оказания помощи:

- травматологические центры третьего уровня – центральные районные больницы,

- травмоцентры второго уровня (ГБУ «Шумихинская ЦРБ», ГБУ «Макушинская ЦРБ», ГБУ «Курганская больница скорой медицинской помощи», ГБУ «Шадринская больница скорой медицинской помощи»,

- травмоцентры первого уровня: региональный детский центр политравмы на базе ГБУ «Курганская областная детская больница им.Красного Креста» и взрослый центр политравмы ГБУ «Курганская больница №2» с привлечением врачей-специалистов Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский научный центр «Восстановительная ортопедия и травматология» им. Академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации).

Кроме того, в ряде районов Курганской области были созданы Трассовые медицинские пункты. Трассовые медицинские пункты – это филиалы станций скорой медицинской помощи, являющиеся структурными подразделениями медицинской организации, оказывающей скорую, в том числе специализированную, медицинскую помощь в удаленных или труднодоступных населенных пунктах (участках населенных пунктов), вдоль автомобильных дорог [5]. Характеристика возможностей ТМП описана в Положении «Об организации деятельности трассового пункта медицинской помощи»:

- трассовый медицинский пункт располагается вдоль трассы федерального или областного значения, в том числе при стационарных постах ДПС, ГИБДД или вблизи от пунктов питания, автозаправочных станций и станций технического обслуживания автомобилей;

- радиус зоны обслуживания определяет медицинская организация, в структуре которой находится ТП, с учетом транспортной доступности – 20 мин;

- ТМП должен иметь в своем распоряжении санитарный автомобиль класса «В» или «С» в зависимости от профиля бригады. Возможно осна-

щение бригады аварийно-спасательным оборудованием для извлечения пострадавших из машины.

Основные задачи ТМП:

- оказание пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях экстренной медицинской помощи, включающей комплекс мероприятий, направленных на восстановление или поддержание жизненно важных функций организма пострадавшего при дорожно-транспортных происшествиях на месте происшествия и при медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

- взаимодействие с оперативными службами (МВД России, МЧС России): взаимное оповещение и информирование о произошедших дорожно-транспортных происшествиях, количестве пострадавших и погибших, наличии угрозы для населения и территории; совместные скоординированные действия органов управления здравоохранением, подразделений, формирований и сил, привлекаемых к ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий;

- при необходимости привлечение на место дорожно-транспортных происшествий необходимых сил и средств (дополнительных выездных бригад скорой медицинской помощи) для ликвидации медико-санитарных последствий дорожно-транспортных происшествий;

- оказание скорой медицинской помощи в экстренной форме пациентам, обратившимся за помощью непосредственно на трассовый пункт при угрожающих жизни состояниях и несчастных случаях;

- оказание скорой медицинской помощи в экстренной форме пациентам прилежащих к трассовым пунктам территорий при угрожающих жизни состояниях и несчастных случаях.

Первоначально ТМП входили в состав ГБУ «Курганский областной центр медицины катастроф», с 2016 года трассовые медицинские пункты переданы территориальным медицинским организациям Курганской области, оказывающим скорую медицинскую помощь.

При сравнении изучаемых показателей за период 2013-2014 гг., когда ТМП еще не были открыты ни в одном из восьми районов, установлено следующее. В тех районах, где в последующем были открыты ТМП, за указанный период было 39 ДТП, 38 пострадавших при ДТП, госпитализировано 29 человек, погибших 5 человек (табл.2).

Показатели	Годы				
	2013	2014	2015	2016	2017
ДТП всего	16	23	19	10	12
Пострадавших при ДТП всего (чел.)	20	18	20	11	17
Госпитализированы при ДТП всего (чел.)	12	17	16	7	8
Погибшие при ДТП всего (чел.)	3	2	2	1	3
Тяжесть ДТП (количество погибших на 100 пострадавших в ДТП)	15,0	11,1	10,0	9,1	7,6

Таблица 2. Изучаемые показатели в районах, где с 2015 года были открыты ТМП.

В то же время, в районах, где ТМП не были открыты за указанный период, было 47 ДТП, 78 пострадавших при ДТП, было госпитализировано 29 человек, погибло 12 человек (табл.3).

Таким образом, в районах, где ТМП не открывались, по сравнению с теми районами, где в пе-

риод 2015-2017 гг. были открыты ТМП, было больше ДТП, больше пострадавших при ДТП, и больше погибших, выше тяжесть ДТП. Поэтому было бы более логичным открывать ТМП именно в этих районах. Но в силу ряда причин этого не произошло.

Показатели	Годы				
	2013	2014	2015	2016	2017
ДТП всего	23	24	23	18	19
Пострадавших при ДТП всего (чел.)	34	44	38	30	31
Госпитализированы при ДТП всего (чел.)	15	14	17	9	10
Погибшие при ДТП всего (чел.)	6	6	9	4	5
Тяжесть ДТП (количество погибших на 100 пострадавших в ДТП)	17,6	13,6	23,7	13,3	16,1

Таблица 3. Изучаемые показатели в районах, где не были открыты ТМП.

После открытия ТМП в Мишкинском, Лебяжьевском и Кетовском районах за период 2015-2017 гг. в них было 41 ДТП, 48 пострадавших при ДТП, были госпитализировано 31 пострадавший, погибло 4 человека (табл.2). В тех же районах Курганской области, где ТМП не были открыты за 2015-2017 гг. было 60 ДТП, пострадало 99 человек, было госпитализировано 36 человек, погибло 18 человек (табл. 3).

Таким образом, и после открытия ТМП, различия между двумя группами районов сохранились. В районах, где в 2015-2017 гг. ТМП не были открыты, было больше ДТП, больше пострадавших, больше госпитализированных участников ДТП, и, соответственно, больше погибших, значительно выше тяжесть ДТП. Данные различия, на первый взгляд, по крайней мере, по количеству погибших, можно было бы связать с самим фактом наличия ТМП. Но анализ изучаемых показателей в указанных районах в 2013-2014 гг. показал, что характер различий был аналогичным и до открытия ТМП. Следовательно, открытые ТМП вряд ли в

полном объеме выполнили возложенные на них функции. Открытие ТМП в других районах, возможно, было бы более целесообразным.

Дополнительная информация была получена нами при изучении смертности пострадавших от ДТП на догоспитальном этапе (ДГЭ) до приезда скорой медицинской помощи (СМП). Известно, что если после ДТП медицинская помощь пострадавшим оказывается в течение первых 9 минут после травмы, то удается спасти 90% пострадавших, а если помощь приходит лишь через 18 минут, то спасти удастся лишь 15% пострадавших [6].

Анализ числа погибших на ДГЭ показал следующее. В районах, где ТМП не открывались, на ДГЭ в 2013-2014 году погибло 11 человек. В районах, где в последующем были открыты ТМП, до их открытия в 2013-2014 гг. на ДГЭ погибло 5 человек. То есть, количество погибших при ДТП на ДГЭ в 2013-2014 гг. было в два раза больше в тех районах, где в последующем ТМП так и не были открыты (табл. 4).

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Показатели	Годы				
	2013	2014	2015	2016	2017
Среднее число погибших до прибытия СМП в районах без ТМП	6	5	7	4	4
Среднее число погибших до прибытия СМП в районах с ТМП	3	2	2	1	3

Таблица 4. Среднее количество погибших на догоспитальном этапе в районах, где ТМП не были открыты и в тех районах, где ТМП были открыты.

Можно было ожидать, что после открытия ТМП различия между двумя группами районов по числу погибших после ДТП на ДГЭ претерпят принципиальные изменения, однако этого не произошло. В 2013-2014 гг. в районах, где ТМП не были открыты, на ДГЭ погибло 15 человек, а в районах, где были открыты ТМП – 6 человек. Таким образом, в районах, где ТМП не открывались, количество погибших на ДГЭ было больше. Следует отметить, что в районах, где ТМП не открывались среднее количество погибших в 2013-2014 гг. было 5,5, а в 2015-2017 гг. снизилось до 5. В районах, где ТМП с 2015 были открыты, в 2013-2014 гг. среднегодовое количество погибших было 2,5, а в 2015-2017 гг. снизилось до 2. Следовательно, как соотношение погибших в двух сравнительных группах районов, так и тенденции изменения количества погибших на ДГЭ в динамике не имели выраженной связи с фактом открытия ТМП.

В то же время следует отметить, что открытие ТМП позволило сократить время доезда бригады скорой медицинской помощи до места происшествия. В анализируемый период в Лебяжьеком районе, до открытия ТМП (2013-2014 год), время доезда бригады СМП до места ДТП составляло 19,5-20,9 мин. С открытием ТМП (2015-2017 год) время доезда бригады составляло от 6,5 до 9 мин. В Мишкинском районе до открытия- 13,3-14,6 мин., после открытия ТМП от 4,8 до 10,2 мин. В Юргамышском районе до открытия- 7,7-13,3 мин., а с введением ТМП от 7,0 до 9,8 мин. В Кетовском районе до открытия 14,0-14,7 мин., с открытием ТМП 10,3-12,4 мин.

В районах, в которых ТМП не были открыты (Щучанский, Сафакульевский, Половинский, Куртамышский) регистрируется более длительное время доезда бригады СМП за весь анализируемый период (с 2013 по 2017 год). Так, например в Щучанском районе на протяжении почти 5 лет время доезда бригады СМП было более 20 мин. (2013 год – 22,5 мин., 2014 год – 20,0 мин., 2015 год – 19,0 мин., 2016 год – 22,0 мин., в 2017 году – 23,9 мин.). В Куртамышском районе (2013 год –

18,1 мин., 2014 год – 23,7 мин., 2015 год – 18,2 мин., 2016 год – 19,4 мин., 2017 год – 14,2 мин.). Таким образом, с введением ТМП время доезда бригады скорой медицинской помощи до места ДТП существенно сократилось и в среднем составляло 8,2 мин. (до открытия ТМП среднее время доезда составляло 14,8 мин.). Среднее время доезда бригады СМП в районах, где ТМП отсутствует, составляло 16,7 мин.

Следовательно, время доезда бригады СМП до места ДТП может быть одним из критериев эффективности открытия ТМП. Также критериями эффективности ТМП могут быть число госпитализированных при ДТП, число погибших при ДТП, в том числе на догоспитальном этапе. По данным показателям ощутимых преимуществ в районах, где были открыты ТМП над районами, где ТМП не были организованы, не наблюдалось. Это может говорить, с одной стороны, о том, что ТМП, было целесообразно открыть в других районах, а с другой стороны о том, что при изменении количества и тяжести ДТП в районах с открытыми ТМП, преимущество в скорости доезда до пострадавших бригады СМП будет иметь решающее значение. В целом за 2013-2017 гг. силами специалистов ТМП была оказана помощь 3106 больным и пострадавшим, из которых было госпитализировано 760 человек. Бригады ТМП приняли участие в ликвидации последствий 158 ДТП, и в спасении 189 пострадавших, в том числе 18 детей. Указанные показатели также, по нашему мнению, можно использовать в качестве критериев эффективности ТМП. Еще одним критерием эффективности работы ТМП может быть, на наш взгляд, оценка стоимости спасенной или потерянной жизни, а также стоимости причиненного при ДТП ущерба здоровью пострадавших. Методические подходы к оценке стоимости человеческой жизни и к определению экономического ущерба от потерь здоровья достаточно хорошо известны [7,8]. В то же время, вероятно, расчет стоимости жизни стоит проводить с учетом экономических реалий Курганской области. Повышению эффективности работы ТМП может способствовать более точная

оценка динамики ДТП и их последствий в различных районах Курганской области перед принятием решения об открытии ТМП. Наряду с этим, в связи со сложным финансовым положением в Курганской области возможным решением проблемы повышения эффективности ТМП может быть организация их работы на ротационной основе. Для этого мы предлагаем не менять место расположения уже открытого ТМП, а создавать выездные бригады ТМП, работающие в тесной связи с другими структурами оказания СМП, вахтовым методом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, эффективность создания и функционирования ТМП подтверждена такими критериями, как скорость прибытия бригады СМП к месту ДТП и тяжесть ДТП. В то же время оценка эффективности работы ТМП будет выглядеть более убедительной, если будут широко использованы и другие критерии. В частности, такие как стоимость потерянной или спасенной жизни, а также стоимость нанесенного или предотвращенного ущерба здоровью. Экономические расчеты могут помочь расставить правильные приоритеты при открытии новых или ротации уже открытых ТМП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. М.Г. Москвичева, Е.В. Шишкин. Анализ показателей смертности и тяжести последствий дорожно-транспортного травматизма в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2014. – №5. – С. 36-42.
2. В.Н. Боровков, В.Г. Семенова, А.А. Хрупалов, Г.В. Сорокин, Н.В. Боровков. Дорожно-транспортный травматизм как комплексная медико-социальная проблема потерь здоровья населения России // Травматология и ортопедия России. – 2011. – №3. – С. 101-108.
3. В.Г. Мелоян. Оценка ущерба от дорожно-транспортных происшествий в контексте экономической безопасности России // Новые технологии. – 2010. – №4. – С. 105-108
4. Постановление Правительства Курганской области от 14 октября 2013 года № 484 о государственной Программе Курганской области «Повышение безопасности дорожного движения в Курганской области на 2014-2018 г.
5. Приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 04.07.2016 №712 «Об организации работы трассовых медицинских пунктов для оказания скорой медицинской помощи отделениями скорой медицинской помощи.
6. Б.Ш. Минасов, Афанасьева Н.В. Проблемы оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях // Тихоокеанский медицинский журнал – 2018 – №1. – С. 85-88
7. Б.Б. Прохоров, Д.И. Шмаков. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья // Проблемы прогнозирования. – 2002. – №3. – С. 125-135.
8. Р.В. Нифантова, С.Е. Шипицина. Современные методические подходы в оценке стоимости человеческой жизни // Экономика ремонта. – 2012. – №3 – С. 289-294.

УДК 614.2

Москвичева М.Г., Полинов М.М.

АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2012 ПО 2017 ГОДЫ

Moskvicheva M.G., Polinov M.M.

ANALYSIS OF THE AVAILABILITY OF MEDICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION OF THE RURAL DISTRICT OF CHELYABINSK OBLAST IN THE PERIOD FROM 2012 TO 2017 YEARS

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

Москвичева Марина Геннадьевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Полинов Максим Михайлович – аспирант кафедры Общественного здоровья и здравоохранения Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает повышение эффективности системы организации медицинской помощи. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи. Основным структурным подразделением медицинских организации, в которых оказывается первичная доврачебная медико-санитарная помощь сельским жителям, населенных пунктов с численностью жителей от 100 до 2000 человек, является фельдшерско-акушерский пункт.

Результаты многих исследований свидетельствуют о низком уровне здоровья сельского населения, отмечается стойкая тенденция к его ухуд-

шению [1]. Качество и доступность медицинской помощи сельскому населению в современных условиях уступают таковым для городского населения [2].

На сегодняшний день проблема совершенствования медицинской помощи на селе стала приоритетной, имеет государственную значимость.

Целью исследования явилось проведение анализа доступности первичной доврачебной медико-санитарной помощи населению сельского района Челябинской области за период с 2012 по 2017 годы.

Задачами исследования явилось проведение анализа медико-демографических показателей сельского района, структуры и ресурсной базы медицинской организации, доступности медицинской помощи сельским жителям, разработка предложений по повышению доступности медицинской помощи, эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Материал и методы. Материалом исследования явились формы годовой статистической отчетности ГБУЗ «Районная больница г. Верхнеуральск» за 2012-2017 годы «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» (Форма №17), «Сведения о медицинской организации» (Форма №30). Методами исследования явились математико-статистический; эпидемиологи-

ческий (социально-гигиенический) в форме выкопировки данных из учетной и отчетной медицинской документации; аналитический; изучения и обобщения опыта.

Результаты. Установлено ограничение транспортной доступности первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельским жителям сельского района, что обусловлено удаленностью структурных подразделений от районной больницы, центров ОВП, врачебных амбулаторий, отсутствием транспортного сообщения между населенными пунктами, низким качеством дорожного покрытия.

Кадровый дефицит ограничивает доступность первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельским жителям. Анализ возрастных групп медицинского персонала свидетельствует о предстоящем нарастании кадрового дефицита.

Разработаны предложения по повышению доступности медицинской помощи, эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, первичная доврачебная медико-санитарная помощь, фельдшерско-акушерский пункт, сельское население.

SUMMARY

Realization of the development goals of the health care system involves increasing the effectiveness of the system of medical assistance. Primary health care is the Foundation of the system of medical assistance. The basic structural unit of medical organizations, which provide primary pre-medical health care to rural residents, settlements with populations of from 100 to 2000 people, a medical attendant obstetrical station .

Many studies show a low level of health of the rural population, and there is a persistent tendency to deteriorate. The quality and accessibility of medical care to rural populations in modern conditions inferior to those for the urban population. To date, the problem of improving medical care in the rural areas has become a priority, has public relevance.

The aim of the study was the analysis of access to primary medical health care to the population of the rural district of Chelyabinsk oblast in the period from 2012 to 2017 years. The analysis of the medico-demographic indicators for rural area, structure, the resource base of the medical organization, transport accessibility of medical care to villagers.

Limit transport availability of primary health assistance pre-medical rural municipal area, due to the poor quality of the road surface, the remoteness of

structural subdivisions of the District Hospital , COVP, outpatient clinics, lack of transport between settlements.

Shortages limited the availability of primary medical care assistance to rural residents. Analysis of the age groups of medical personnel is indicative of the upcoming strengthening of staff shortages. Developed proposals for improving access to health care, health resources efficiency.

Keywords: access to health care, primary health care first, feldsher and obstetric station para, rural population.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает повышение эффективности системы организации медицинской помощи. Результаты многих исследований свидетельствуют о низком уровне здоровья сельского населения, отмечается стойкая тенденция к его ухудшению. Проблемы здравоохранения села традиционно занимают особое место в государственной политике. Сельское население составляет 26% населения страны, или 37,2 млн. человек. По среднему варианту прогноза Росстата, к 2020г. численность сельского населения России уменьшится до 35,4 млн. человек, а удельный вес – до 24,6%, к 2025г. – до 33,9 млн. (23,7%), к 2030г. – 32,3 млн. (22,8%)[1].

Качество и доступность медицинской помощи сельскому населению в современных условиях уступают таковым для городского населения [2].

На сегодняшний день проблема совершенствования медицинской помощи на селе стала приоритетной, имеет государственную значимость. [3,4,5,6]

В связи с долгосрочным характером социальных проблем сельских территорий, высоким уровнем затратности решения накопившихся проблем села, требующих привлечения средств государственной поддержки, разработка мероприятий, направленных на совершенствование системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, с целью повышения доступности и качества медицинской помощи, улучшения медико-

демографических показателей, является актуальной научно-практической проблемой и становится приоритетной задачей организаторов здравоохранения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – проведение анализа доступности первичной доврачебной медико-санитарной помощи населению сельского района Челябинской области за период с 2012 по 2017 годы.

ЗАДАЧАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ явилось проведение анализа медико-демографических показателей сельского района, проведение анализа структуры и ресурсной базы медицинской организации, проведение анализа доступности медицинской помощи сельским жителям, разработка предложений по повышению доступности медицинской помощи, эффективности использования ресурсов здравоохранения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Информационной основой проводимого анализа явились данные Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, за период с 2012-2017 года, ГБУЗ «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр», данные Росстата, Челябинскстата. Материалом исследования явились формы годовой статистической отчетности ГБУЗ «Районная больница г. Верхнеуральск» за 2012-2017 годы «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» (Форма №17), «Сведения о медицинской организации» (Форма №30).

Объектом исследования явились структурные подразделения ГБУЗ «Районная больница г. Верхнеуральск», оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь сельскому населению.

Базой исследования явилась ГБУЗ «Районная больница г. Верхнеуральск», которая относится к медицинским организациям первого уровня Магнитогорского медицинского округа и оказывает скорую медицинскую помощь, первичную, в том числе первичную доврачебную, врачебную, специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара мощностью 42 койки, 5 центрах врача общей практики, 2 врачебных амбулаториях, 37 фельдшерско-акушерских пунктах. Специализированная медицинская помощь предоставляется в отделениях терапии, хирургии, педиатрии, гине-

кологии, отделении сестринского ухода (кочный фонд 108).

Методы исследования: математико-статистический; эпидемиологический (социально-гигиенический) в форме выкопировки данных из учетной и отчетной медицинской документации; аналитический; изучения и обобщения опыта. Статистическую обработку полученной информации осуществляли с применением персонального компьютера и использованием MS Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верхнеуральский муниципальный район Челябинской области имеет территорию 346 984 га. Общая протяженность границ муниципального образования составляет 438 км, плотность населения 10 человек на 1 кв. км, тогда как по Челябинской области – 39,54 человек на 1 кв. км. На территории района находится 51 населенный пункт, объединенный в 2 городских и 8 сельских поселений. Численность населения района на 01.01.2018г. составила 34533, в том числе: городское население 16288 человек (47,5%), сельское население 18245 (52,5%). Гендерное распределение населения – мужчины 16496 (47,6%), женщины 18154 (52,4%), детское население – 7353, (21,2%), взрослое население 27294 (78,8%). Численность населения трудоспособного возраста составляет 17852, старше трудоспособного возраста 9445 человек.

Показатель рождаемости в районе в 2012г. составил 15,6 на 1000 населения, в 2017 г. – 11,5 на 1000 населения (темп убыли 26,3%), по Челябинской области 14,4 и 11,5 на 1000 населения соответственно (темп убыли 20,1%). Показатель смертности по району в 2012 г. составил 17,3 на 1000 населения, в 2017г. – 15,6 на 1000 населения (темп убыли 9,8%), по области соответственно 14,2 и 13,0 на 1000 населения (темп убыли 8,4%). Показатель естественной убыли населения по району составил в 2012г. – 1,7, в 2017 году – 4,1 на 1000 населения. Смертность населения трудоспособного возраста по району в 2012г. составила 849,5 на 100 тыс. нас., в 2017 году – 607,7 на 100 тыс. нас. (темп убыли 28,5%). Показатель младенческой смертности в 2012г. и 2017г. соответственно 15,9 и 12,6 на 1 тыс. родившихся живыми, по области 8,6 в 2012г. и 6,2 на 1тыс. родившихся живыми в 2017г. Коэффициент смертности от болезней системы кровообращения (I00-I99) по району в 2012г. 745,3, в 2017г. – 581,1 на 100 тыс. населения (темп убыли 22,3%), по области соответственно в 2012г. – 760,2, в 2017г. – 573,2 на 100 тыс. населения (темп убыли 24,6%) .

Показатель смертности по классу заболеваний травмы и отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98) по району в 2017г. 153,2 на 100 тыс. населения, по области в 2012 г. 169,0, в 2017г. 111,6 . на 100 тыс. населения . Показатель смертности по классу новообразования (C00-C99) в 2012г. 221,1 на 100 тыс. населения, в 2017г. 234,2 на 100 тыс. населения (темпа роста 5,6%), по области соответственно 233,8 и 239,0 на 100 тыс. населения (темпа роста 2,2%). Смертность от заболеваний болезни органов дыхания (J00-J99) в 2017г. 95,4 на 100 тыс. населения , по области в 2017г 43,5. на 100 тыс. населения .

Общая заболеваемость по обращаемости по району в 2012г составила 1209,4 на 1000 населения, что на 30,3% меньше показателя по Челябинской области – 1734,3 на 1000 населения, в 2017г. данный показатель по району не имел существенной динамики в сравнении с 2012г. и составил 1201,6 на 1000 населения. По РФ показатель общей заболеваемости по обращаемости составил 1616,3 на 1000 населения. Первичная заболеваемость по обращаемости по району в 2012г 630,9 на 1000 населения, что на 34,2% ниже областного показателя, в 2017 г. данный показатель составил 425,3 на 1000 населения. По РФ показатель первичной заболеваемости по обращаемости составил 785,3 на 1000 населения.

По итогам Всероссийской переписи населения 2010 года число населенных пунктов изучаемого муниципального образования с численность населения до 100 человек составило 6 (12,2% от общей численности сельских населенных пунктов), от 101 до 200 человек – 12 (24,5%), от 201 до 500 человек – 21 населенный пункт (42,9%), от 501-1000 человек 5 (10,2%), от 1001 до 2000 человек 5 населенных пунктов (10,2%), по Челябинской области соответственно 7,6%, 29,8%, 13,6%, 8,8% от общей численности сельских населенных пунктов, в них проживает 66,2% от общей численности сельского населения. По Российской Федерации число населенных пунктов с численностью населения от 101 до 200 человек составляет 9,6%, от 201 до 500 человек 12,2%, от 501 до 1000 человек – 6,3%, от 1001 до 2000 человек 3,1% в них проживает 64,9% от общей численности сельского населения РФ.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (в редакции от 23 июня 2015 г. N 361н) основным структурным подразделением медицинских организаций, в которых оказывается первичная доврачебная медико-

санитарная помощь сельским жителям населенных пунктов с численностью жителей от 100 до 2000 человек является фельдшерско-акушерский пункт.

Данное структурное подразделение медицинской организации выполняет следующие задачи: диагностика и лечение острых и хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений, других состояний; устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника фельдшерского здравпункта либо бригады скорой медицинской помощи; проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости; выявление начальных и скрытых форм инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе, социально значимых заболеваний; выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований визуальных локализаций и направление пациентов с подозрением на злокачественное новообразование и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации; осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям.

В течение изучаемого периода число стационарных фельдшерско-акушерских пунктов в медицинской организации не изменялось, передвижные фельдшерско-акушерские пункты отсутствуют, по Челябинской области в 2012 году число фельдшерско-акушерских пунктов 700, а в 2016 году 654 (темпа убыли 6,6%), число фельдшерских пунктов 17, число мобильных ФАП 5. По Российской Федерации установлена динамика убыли численности фельдшерско-акушерских пунктов с 34733 в 2012 году до 33867 в 2016 году (темпа убыли 2,5%), динамика роста фельдшерских пунктов с 1868 в 2012 году до 2111 в 2016 году (темпа роста 13%).

Численность сельского населения района, проживающего в населенных пунктах с численностью от 100 до 2000 человек, в 2012 году составила 11163 человека или 57,6% от общей численности сельского населения муниципального образования, а в 2017 году 9833 человека, в том числе 1731 детское население, что составляет 53,9% от общей численности сельского населения района. Динамика численности прикрепленного к ФАП населения представлена на диаграмме (рисунок 1).

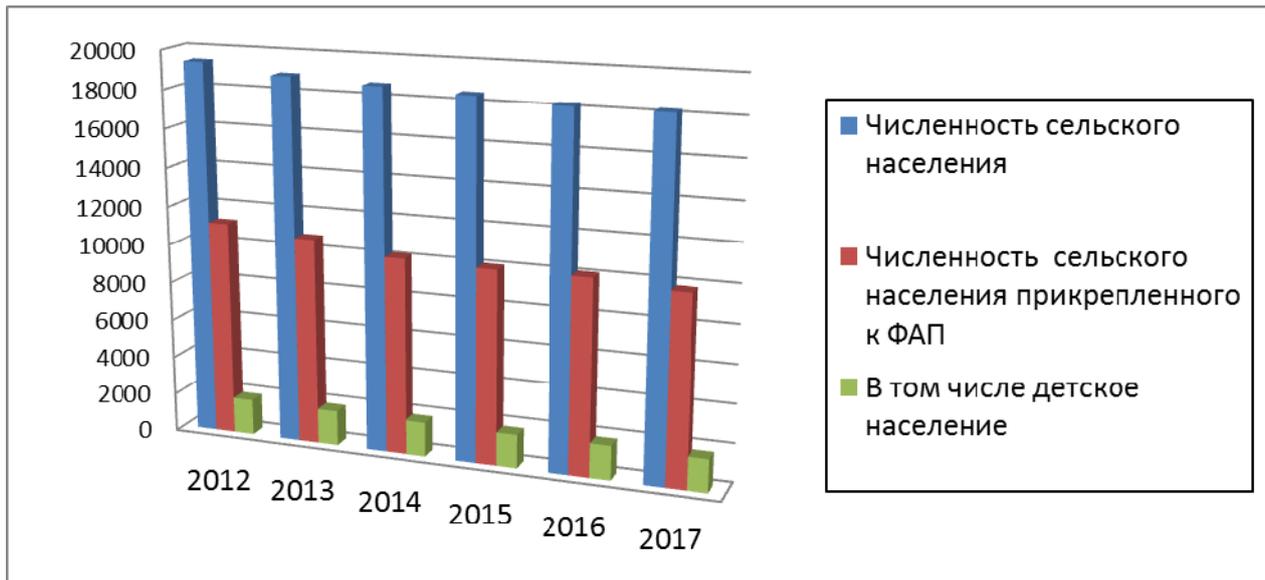


Рисунок 1. Динамика численности населения сельского района за 2012-2017 гг.

Транспортная доступность первичной доврачебная медико-санитарной помощи сельским жителям определяется наличием дорожного покрытия, расстоянием до структурного подразделения медицинской организации, наличием транспортного сообщения между населенными пунктами. Ограничение транспортной доступности определяется низким качеством дорожного покрытия, удаленностью структурных подразделений от районной больницы, центров ОВП, врачебных амбулаторий, отсутствием транспортного сообщения между населенными пунктами.

Рассматривая сеть ФАПов в районе и ЦРБ в райцентре как единую систему оказания первичной медицинской помощи сельскому населению, проведена оценка меры доступности ЦРБ для жителей населенных пунктов, в которых имеется ФАП, на основе «усредненного расстояния» [7].

Среднее расстояние от фельдшерско-акушерского пункта до районной больницы составляет 41,6 км. Среднее расстояние от фельдшерско-акушерского пункта до врачебной амбулатории или центра врача общей практики составляет 11,03 км.

На 01.01.2018 года из 37 фельдшерско-акушерских пунктов только в 22 (59,5%) оказывается первичная доврачебная медико-санитарная помощь сельским жителям, что обусловлено кадровым дефицитом. В работающих ФАПах по основному месту работы работает 15 сотрудников, а 7 сотрудников на условиях внутреннего совместительства. Анализ возрастного состава среднего медицинского персонала установил: 10 сотрудни-

ков старше пенсионного возраста; 7 сотрудников в возрасте до 40 лет.

Анализ кадрового состава фельдшерско-акушерских пунктов установил, что в 2012 году число физических лиц составляло 26, в том числе 10 фельдшеров, 14 медицинских сестер, 2 акушерки, в 2017 году - 15 фельдшеров (темп роста 50%), 5 медицинских сестер (темп убыли 64,3%), 2 акушерки. По Челябинской области число лиц среднего медицинского персонала, работающих на фельдшерско-акушерском пункте и фельдшерских пунктах в 2012 году - 613 из них фельдшеров 438 (71,5%), а в 2016 году, число лиц средних медицинских работников, работающих на фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах, уменьшилось до 553 (темп убыли 9,8%) из них фельдшеров 378 (темп убыли 13,7%), по Российской Федерации за изучаемый период установлена динамика убыли числа среднего медицинского персонала, работающего на фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах на 12,3% в том числе числа фельдшеров на 8,1%.

Установлена отрицательная динамика числа посещений к фельдшерам ФАП в изучаемом районе с 72500 в 2012г., до 26553 в 2017г. (темп убыли 63,4%), что свидетельствует о существенном ограничении доступности медицинской помощи сельскому населению.

Анализ материально-технической базы установил: общая площадь зданий фельдшерско-акушерских пунктов медицинской организации составляет 2718 кв. метров. Расходы на содержание 1 кв. метра фельдшерско-акушерских пунктов для районной больницы составляет 872 рубля в

год. По состоянию на 01.01.2018г. из 37 фельдшерско-акушерских пунктов 1(2,7%) находится в аварийном состоянии, 26 (70,3%) не соответствуют санитарно-гигиеническим нормам и правилам по таким параметрам как площадь помещения, набор помещений, отделка помещений, наличие коммуникаций (водоснабжение, водоотведение), 30 (81%) требуют капитального ремонта. По Челябинской области в 2016г доля зданий медицинских организаций, находящихся в аварийном состоянии, требующих сноса - 1,74%, требующих капитального ремонта 29,9%. По Российской Федерации в 2016г. доля зданий медицинских организаций находящихся в аварийном состоянии, требующих сноса- 1,28%, требующих капитального ремонта 13,3%.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ динамики показателей, отражающих состояние здоровья населения, свидетельствует о негативных тенденциях в демографической ситуации в сельском районе в течение изучаемого периода. Демографическая ситуация в районе характеризуется сокращением общей численности населения района, преимущественно, за счет снижения показателя рождаемости. Несмотря на снижение показателей общей смертности, сохраняется тенденция снижения абсолютной численности населения района, что свидетельствует о сохранении ситуации демографической стагнации в исследуемом районе.

Основным структурным подразделением медицинских организаций, в которых оказывается первичная доврачебная медико-санитарная помощь сельским жителям в населенных пунктах с численностью жителей от 100 до 2000 человек, является фельдшерско-акушерский пункт. В течение изучаемого периода число стационарных фельдшерско-акушерских пунктов в медицинской организации не изменялось, передвижные фельдшерско-акушерские пункты отсутствуют, по Челябинской области произошло уменьшение числа ФАП на 46 или 6,6%, по РФ установлена динамика убыли фельдшерско-акушерских пунктов на 2,5%.

Установлено ограничение транспортной доступности первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельским жителям муниципального района, что обусловлено низким качеством дорожного покрытия, удаленностью структурных подразделений от районной больницы, центров ОВП, врачебных амбулаторий, отсутстви-

ем транспортного сообщения между населенными пунктами.

Кадровый дефицит ограничивает доступность первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельским жителям. Анализ возрастных групп медицинского персонала свидетельствует об предстоящим усилении кадрового дефицита.

Установлена отрицательная динамика число посещений к фельдшерам ФАП с 72500 в 2012г., до 26553 в 2017г. (темпы убыли 63,4%).

Анализ материально-технической базы установил, что 2,7% ФАПов медицинской организации находится в аварийном состоянии, 70,3% не соответствует санитарно-гигиеническим нормам и правилам, 81% требуют капитального ремонта. По Челябинской области в 2016г доля зданий медицинских организаций, находящихся в аварийном состоянии, требующих сноса составляет 1,74%, требующих капитального ремонта- 29,9%. По Российской Федерации в 2016г. доля зданий медицинских организаций, находящихся в аварийном состоянии, требующих сноса составляет 1,28%, требующих капитального ремонта - 13,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Совершенствование и оптимизация структуры оказания первичной медико-санитарной помощи, сохранение и развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов является актуальной научно-практической проблемой и становится приоритетной задачей организаторов здравоохранения.

Проведенный анализ медико-демографических показателей сельского района, анализ структуры, ресурсной базы медицинской организации установил ограничение доступности первичной доврачебной медико-санитарной помощи в сельском районе Челябинской области, что обусловлено следующими причинами: низкая укомплектованность средними медицинскими работниками, работающими на ФАПах, высокий уровень совместительства, полное отсутствие медицинских работников на ФАПах в 16 населенных пунктах; ограничение транспортной доступности; неудовлетворительным состоянием материально-технической базы, инфраструктуры.

Определены основные направления решения проблемы:

- Программно-целевая подготовка среднего медицинского персонала.
- Действующие и реализуемые меры социальной поддержки (муниципальные программы) при трудоустройстве среднего медицинского персонала: предоставление слу-

жебного жилья при трудоустройстве, комплекс социальных льгот, единовременные компенсационные выплаты специалистам.

- Улучшение материально-технической базы медицинских организаций: строительство новых ФАПов вместе с жилыми помещениями для медицинских работников; организация выездных форм работы (мобильные бригады, передвижные ФАП), проведение текущих и капитальных ремонтов ФАПов.

Полученные данные могут быть использованы при разработке предложений на уровне района, так и на региональном уровне, по совершенствованию организации медицинской помощи населению, оказываемой в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, в планировании работы по достижению установленных критериев эффективности деятельности медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Калининская А.А., Юсупова М.М. Анализ показателей деятельности и пути реформирования здравоохранения села // Менеджер здравоохранения. 2016. №5.
2. Бережной В. Г. Социально-гигиеническая модель организации профилактической работы с сельским населением Омской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. №4.
3. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 1 марта 2018 года
4. Указ Президента РФ от 7 мая 2018г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 2013 г. № 598 Федеральная целевая программа "Устойчивое развитие сельских территорий на 2014 - 2017 годы и на период до 2020 года"»
6. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 (ред. от 01.03.2018)"Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения»
7. Быченко Ю.Г., Долгова Е.М., Шабанов В.Л. Система сельского здравоохранения как фактор развития демографических ресурсов сельского сообщества // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. 2013. №2.
8. Боев В.С., Ушакова Л.В. Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №3.
9. Москвичева М.Г., Щепилина Е.С., Сопова О.К. Анализ показателей состояния здоровья населения Челябинской области за 2005-2014 годы. Южно-Уральский медицинский журнал. Научно-практический рецензируемый журнал 2015; (2): 4-10.
10. Полина Н.А., Кашко А.К. Планирование деятельности медицинских учреждений. II Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы и достижения в медицине» (г. Самара). Актуальные проблемы и достижения в медицине / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 2. Самара, 2015. 225 с.
11. О проекте фельдшерско-акушерского пункта // Менеджер здравоохранения. 2007.№4.
12. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. N 361н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012г. №543н «об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
13. Распоряжение Правительства РФ № 2599-р План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».
14. Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., Сибгатуллина А.Ф., Идельбаева Ф.М. Фельдшерско-акушерские пункты в современных условиях оказания медицинской помощи сельскому населению // ПМ. 2014. №4 (80).

УДК 617-089.844

Яриков А.В., Перльмуттер О.А., Фраерман А.П., Бояршинов А.А., Симонов А.Е., Яксаргин А.В., Истрелов А.К.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Yarikov A.V., Perlmutter O.A., Fraerman A.P., Boyarshinov A.A., Simonov A.E., Yaksargin A.V., Istrelow A.K.

COMPLICATIONS AND ERRORS OF SURGICAL TREATMENT OF TRAUMAS OF THE THORACIC AND LUMBAR SPINE

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»
603028, г. Нижний Новгород, Московское шоссе, 144

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40»
603083, г. Нижний Новгород, ул. Героя Юрия Смирнова, д.71

Яриков Антон Викторович – к.м.н., нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» и ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40»

Перльмуттер Ольга Александровна – д.м.н., профессор, нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» и ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40». Заслуженный врач РФ. Врач высшей квалификационной категории по специальности «нейрохирургия».

Фраерман Александр Петрович - д.м.н., профессор, нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39». Заслуженный деятель науки РФ. Врач высшей квалификационной категории по специальности «нейрохирургия».

Симонов Александр Евгеньевич – к.м.н., нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39». Врач высшей квалификационной категории по специальности «нейрохирургия».

Истрелов Алексей Константинович – к.м.н., нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39». Врач высшей квалификационной категории по специальности «нейрохирургия».

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

Бояршинов Алексей Андреевич - нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39». Заочный аспирант ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

РЕЗЮМЕ

В данной научной работе представлен обзор литературы, посвященный ошибкам хирургического лечения травм грудного и поясничного отделов позвоночника. Несмотря на достижения в спинальной нейрохирургии, в настоящее время сохраняется актуальной проблема осложнений и ошибок при хирургическом лечении позвоночно-спинномозговой травмы. Из основных тактических ошибок авторы выделили неадекватную инструментальную фиксацию при нестабильных переломах (тип В и С). Также выделены следующие тактические ошибки: неадекватная декомпрессия, отказ или неудачи в коррекции деформации, целенаправленное разрушение задней опорной колонны. Техническими ошибками представлены: нарушения в технике имплантации металлоконструкции, перелом и мальпозиция стержней, перелом и дислокация транспедикулярного винта. Особое внимание уделено ошибкам, допущенным

самим пациентом. Так же особое внимание уделено инфекционным и неврологическим осложнениям. Подробно изучены причины этих осложнений и предложены мероприятия по их снижению. В заключении авторами работы высказаны предложены пути снижения осложнений при хирургическом лечении позвоночно-спинномозговой травмы.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, перелом позвоночника, мальпозиция винта, транспедикулярная фиксация, посттравматическая деформация позвоночника, транспедикулярный винт.

SUMMARY

In this research paper presents a review of the literature on the errors of surgical treatment of injuries of the thoracic and lumbar spine. Despite the achievements in spinal neurosurgery, currently there is an urgent problem of complications and errors in the surgical treatment of spinal cord injury. From the main tactical errors, the authors identified inadequate instrumental fixation in unstable fractures (type B and C). The following tactical errors are also highlighted: inadequate decompression, failure or failures in deformation correction, purposeful destruction of the rear support column. Technical errors are presented: violations in the technique of implantation of metal, fracture and decomposition of rods, fracture and dislocation of the transpedicular screw. Special attention is paid to the mistakes made by the patient. Also, special attention is paid to infectious and neurological complications. The causes of these complications are studied in detail and measures to reduce them are proposed. In conclusion, the authors proposed ways to reduce complications in the surgical treatment of spinal cord injury.

Key words: spinal cord injury, spinal fracture, screw position, transpedicular fixation, posttraumatic deformation of the spine, transpedicular screw.

Доля травмы позвоночника составляет 0,7-8,0% в структуре закрытой травмы и 5,0-20,3% среди повреждений опорно-двигательного аппарата [1, 2, 3, 4]. За последние 70 лет количество больных с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) возросло в 200 раз [4, 5, 6]. В России ежегодно регистрируется около 8 тысяч случаев ПСМТ, на Украине – около 2-3 тысяч, в США 10-15 тысяч [1, 3, 5, 7, 8]. Сочетанная ПСМТ фиксируется у 36–72% пострадавших. Более чем в 80% случаев ПСМТ является прерогативой лиц в возрасте от 17 до 45 лет [3, 6, 9]. Летальность при

ПСМТ в основном зависит от тяжести повреждения спинного мозга (СМ) – до 37% пострадавших погибают на догоспитальном этапе. Инвалидность при ПСМТ варьирует в пределах от 57,5 до 96, а иногда достигает 100% [3]. ПСМТ первоначально определяют ортопедический аспект мероприятий (восстановление опорной и защитной функции позвоночника), а сдавление СМ и/или его корешков – нейрохирургический (восстановление функций СМ) [3]. Нестабильные поражения в нижнем грудном (ГОП) и поясничном отделах позвоночника (ПОП) из всех повреждений позвоночного столба встречаются наиболее часто – до 54,9% [10]. При травме ГОП и ПОП повреждение СМ наблюдается в 31-75% случаев [3]. Пациенты с ПСМТ насчитывают 2-3% от всех больных, госпитализируемых в нейрохирургические отделения [2]. Проблема лечения пострадавших с ПСМТ является острой проблемой отечественной нейрохирургии [5, 8, 11, 12, 13]. По большей части это объясняется тем обстоятельством, что в большинстве регионов России отсутствует современная система оказания неотложной высокоспециализированной медицинской помощи больным с ПСМТ [5, 8, 11, 13]. Большое значение имеет полноценное оснащение стационара диагностическим оборудованием (КТ, МРТ, С-дуга), современными имплантируемыми металлоконструкциями и наличием устойчивого финансирования [7, 12, 14, 15, 16]. Ошибки, возникающие при хирургическом лечении ПСМТ, можно распределить следующим образом: тактические, технические и ошибки допущенные больным. Выявленные осложнения на: неврологические, повреждения внутренних органов, инфекционные. По периоду возникновения ошибки и осложнения можно распределить на интраоперационные, ранние (до 2 недель) и поздние послеоперационные (свыше 2 недель) [17].

Тактические ошибки. Неадекватная инструментальная фиксация. Наиболее распространенной ошибкой установка короткосегментарной транспедикулярной фиксации (ТПФ) при нестабильных повреждениях (тип В и С) [14,18]. Потеря коррекции в данной ситуации приводит к формированию тяжелых комбинированных вторичных деформаций, зачастую со значительным дислокационным компонентом [19, 47, 48, 49]. Известно, что при тяжелых разрушениях тел позвонков (ТП) процессы консолидации, как правило, протекают замедленно и часто неполноценно. В соответствии с процессами консолидации происходит и восстановление опороспособности поврежденных ТП. Следовательно, системы ТПФ при тяжелых разрушениях ТП в течение длитель-

ного времени выполняют и несущую функцию позвонка [47]. Определение показаний к протезированию ТП в настоящее время является предметом множества дискуссий, однако при травме позвоночника типа В и С (по F. Magerl et al), оно является в априори необходимым [14,18,19,20, 21, 22]. Так же каждую металлоконструкцию необходимо обязательно обкладывать ауто- или аллокостью для формирования в последующем именно костного спондилодеза [18,23]. X.-Y. Wang et al. описывал рецидивы кифоза после проведения задней короткосегментарной ТПФ по поводу переломов в ГОП и ПОП [24]. G.W. Lee et al. изучали результаты протяженной ТПФ (2 позвонка выше и 2 ниже поврежденного) при различных повреждениях в ГОП и ПОП [25]. Авторы оценивали угол кифотической деформации в градусах и передний размер позвонка в процентах. Оказалось, что через два года произошло нарастание кифотической деформации на 3,7° и уменьшение переднего размера позвонка на 6%. У одного па-

циента из 27 пролеченных был выявлен перелом только одного транспедикулярного винта (ТПВ), что указывает на предпочтение протяженной ТПФ перед короткосегментарной при ПСМТ.

Неадекватная декомпрессия. Причинами сохраняющегося сдавления СМ и его корешков в позвоночном канале являются: отказ от выполнения декомпрессии, ламинэктомия не на достаточном протяжении (обычно резекция дуги только сломанного позвонка), ошибки в определении уровня сдавления СМ (рисунок 1) [11, 23, 26, 27, 48]. Недостаточная декомпрессия приводит к ущемлению СМ вследствие отека в декомпрессионном «окне» и формированию дистанционного некроза [49]. Доказано, что ламинэктомию нужно производить выполнять на один уровень выше и ниже перелома, иначе в малом ламинэктомическом «окне» происходит еще большее вторичное повреждение из-за ущемления СМ при продолжающемся отеке [12, 21].

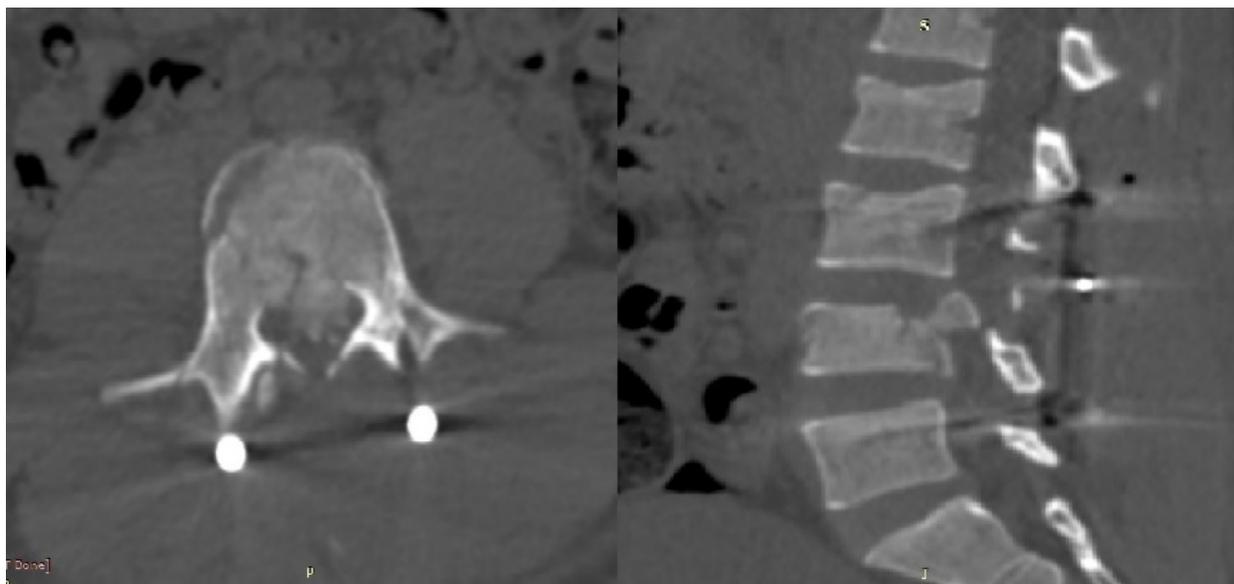


Рисунок 1. Неадекватная декомпрессия СМ (на уровне L4) после выполнения ТПФ L3-L5 и частичной ламинэктомии L4.

Отказ или неудачи в коррекции деформации. Нестабильность, развивающаяся вследствие ненадежной стабилизации может сопровождаться образованием псевдоартроза на уровне на уровне инструментальной фиксации без проявления клинически прогрессирующей деформации и признаков компрессии СМ и корешков. Однако, следует отметить, что тем больше угловая деформация при неустранимых кифозах на уровне зафиксированных сегментов, тем выше риск псевдоартроза. Угловая деформация <30 градусов приводит к хронической боли в области де-

формации (у 40-90% больных), что обусловлено перерастяжением дурального мешка, а при угловой деформации >30 градусов развивается компрессия СМ, вплоть до синдрома его поперечного поражения с развитием мелопатических изменений [28]. Кроме нестабильности и псевдоартроза вследствие неадекватного выбора стабилизации, причиной вертеброгенной боли может быть и так называемый синдром смежного сегмента. Некоторые авторы считают основополагающим фактором ригидность установленной конструкции, которая приводит к перегрузке прилегающих сегмен-

тов до 30-60%. Повреждение интактных суставов при ТПФ способствует формированию нестабильности [29]. Если в результате операции не устраняется сагиттальная и фронтальная деформация, прилежащий сегмент стремится компенсировать баланс и нормальную биомеханику позвоночника, при этом риск его повреждения увеличивается [28, 47, 48, 49]. Отказ от выполнения

хирургической коррекции (рисунок 2), применение избыточной дистракции в ПОП приводит к сглаживанию поясничного лордоза и, как следствие, к статическим нарушениям [11]. Коррекция деформаций с помощью имплантатов возможна только при использовании современных лицензированных спинальных систем [11,30].



Рисунок 2. Выполнена короткосегментарная фиксация (ТПФ Th12-L2, ламинектомия L1) при переломе L1 позвонка. Неудача в коррекции кифотической деформации.

Целенаправленное разрушение элементов задней опорной колонны. Как известно, фасеточно-лигаментозный комплекс играет большую роль в поддержании сагиттального баланса позвоночника [31, 32], поэтому неоправданные ламинотомии увеличивают риск возникновения вторичных деформаций [14,22]. Биомеханика ГОП такова, что в условиях физиологического кифоза основными элементами, обеспечивающими стабильность в сагиттальной плоскости, являются суставные отростки. Разрушение которых приводит к формированию грубых комбинированных вторичных деформаций, нередко сопровождающихся появлением или усугублением неврологической симптоматики. ПОП более устойчив к дислокациям в сагиттальной плоскости, что во многом обусловлено физиологическим лордозом, формой позвонков и мощным лигаментозным комплексом, поэтому сагиттальных смещений

при повреждениях типа А после первичных ламинотомий не наблюдается. Однако фасетки ограничивают боковые, а также вращательные смещения, и удаление их в ряде случаев послужило причиной латеролистеза и умеренных ротационных деформаций [14].

Техническими ошибками в процессе имплантации металлоконструкций.

Ошибки в технике имплантации металлоконструкций. Многократное формирование канала для ТПВ и его постановка в сломанную ножку приводит к нестабильности ТПФ [33, 34].

Отклонение траектории в проведениях ТПВ в различных плоскостях чревато осложнениями и встречается в 2,8-20,0 % [14,35,36,37]. Чаще перфорируется наружная стенка ножки дуги, вследствие чего ТПВ проходил кнаружи от ТП (рисунок 3).

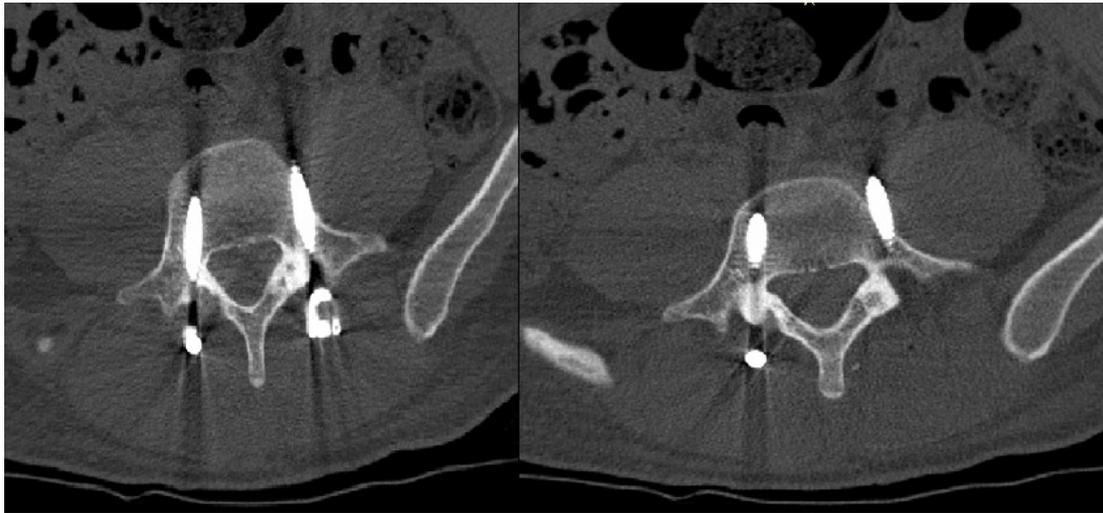


Рисунок 3. Латеральная мальпозиция ТПВ в теле L5 позвонка слева. Выход ТПВ за пределы ТП.

При установке ТПВ полностью или частично экстрапедикулярно приводит к его прорезыванию и возникает потеря коррекции во фронтальной плоскости [14]. Смонтированная данная конструкция уже первоначально становится недостаточно стабильной, возникает микроподвижность в области фиксации, что приводит к появлению

вертеброгенного болевого синдрома, резорбции костной ткани вокруг ТПВ и их миграции [28,38]. Так же при проведении ТПВ перфорируются нижняя (рисунок 4) или верхняя кортикальные стенки ножки позвонка с проваливанием его в диск [10, 11,33,38,39].

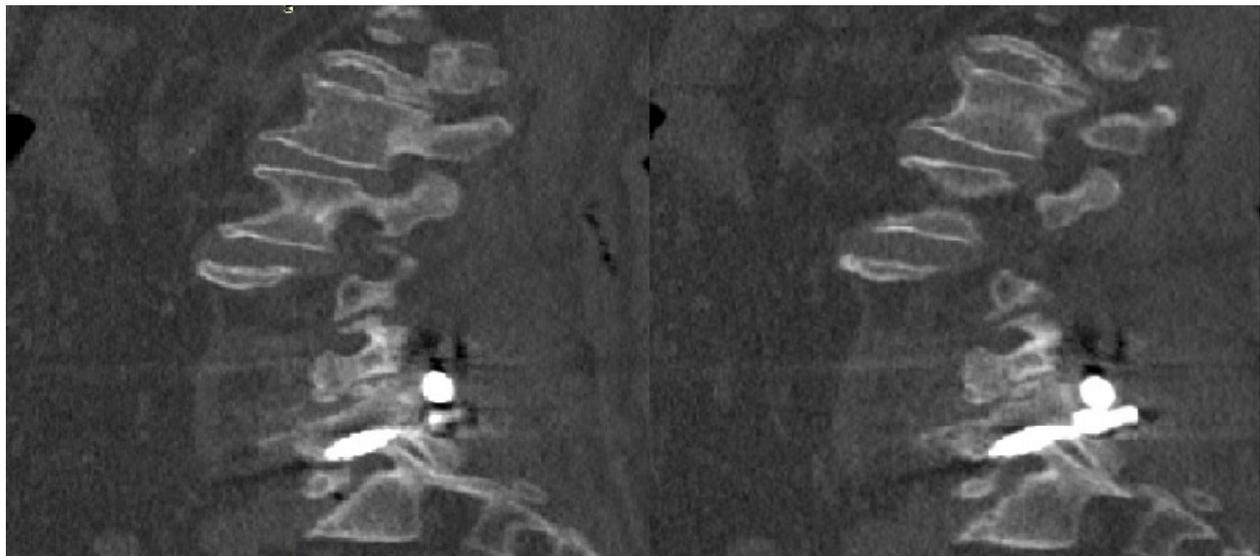


Рисунок 4. ТПВ располагается в фораминальном отверстии.

Мальпозиция ТПВ при разрушении нижней и медиальной стенки ножки (рисунок 5) может привести к повреждению и компрессии невралжных структур, что в дальнейшем является причиной стойких корешковых болевых синдромов [28,38,39].

Медиальная мальпозиция считается, если ТПВ располагается более $\frac{1}{3}$ своего диаметра в позвоночном канале [47]. Медиальное отклонение ТПВ более 6 мм. увеличивает риск повреждения СМ (особенно выше L2 позвонка) и его корешков.

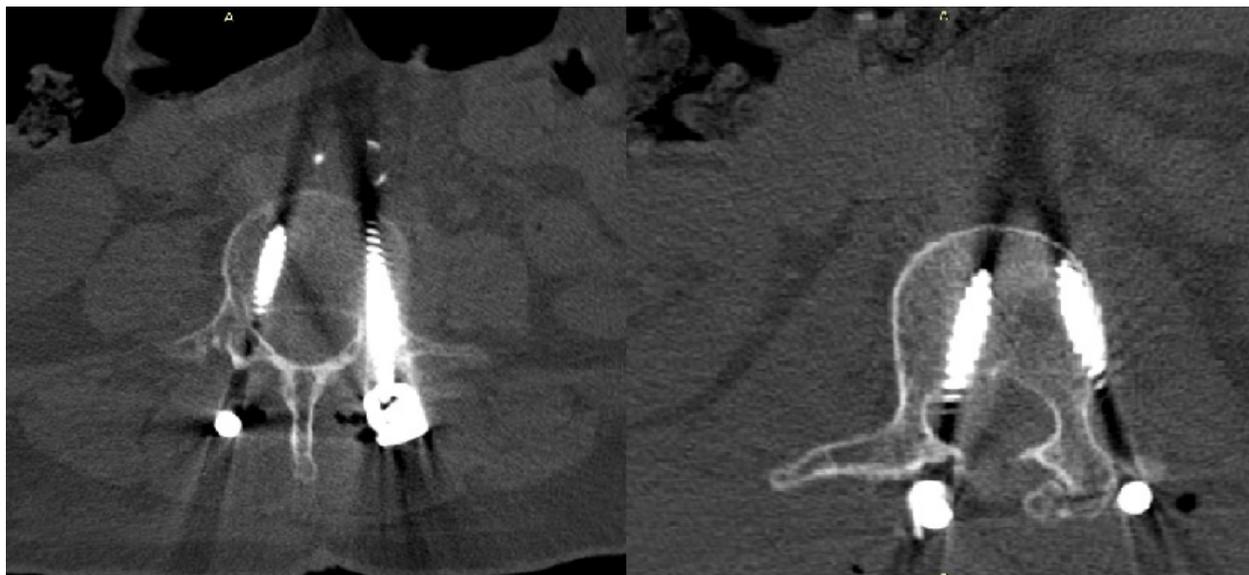


Рисунок 5. Медиальная мальпозиция ТПВ в теле L1 позвонка справа. ТПВ на весь диаметр располагается в позвоночном канале.

При выявлении клинических и рентгенологических признаков мальпозиции ТПВ единственная тактика оперативного лечения заключается в проведении повторного оперативного вмешательства [34, 35, 40,41]. Корректной установки ТПВ можно достичь при соблюдении следующих условий: применение интраоперационной визуализации (С-дуга, компьютерная томография, нейронавигация), знание анатомии позвоночника, проведение предоперационного планирования (измерение размеров ножек, углов для введения ТПВ), применение сертифицированных имплантов [28,42].

Установка ТПВ диаметром, не соответствующим размеру ножки позвонка, также способствует процессу резорбции [28,34,43]. Появление на спондилограммах резорбционного ареола в зоне контакта винта и костной ткани – один из первых признаков псевдоартроза и несостоятельности ТПВ. Дестабилизация ТПФ за счет резорбции вокруг ТПВ колеблется от 1,7 до 9 % [33]. Кроме того, на развитие несостоятельности конструкции влияет направление ТПВ при установке [28].

В последние годы при травматических деформациях часто используют полиаксиальные ТПВ, удобные при установке и моделировании стержня. Однако, по данным проведенных исследований, использование полиаксиальных ТПВ снижает жесткость блока ТПВ-стержень и в дальнейшем может стать причиной костной резорбции. В связи с этим на практике комбинируют моно - и полиаксиальные ТПВ [28].

Перелом и мальпозиция стержней, перелом и дислокация ТПВ. Встречается в 2,8-18,0% случаев

[34, 39]. Причинами этого осложнения бывают: дефекты в крепеже ТПВ к стержням или пластинам (перекос или недотягивание гайки, срезание резьбы с гайки при ее перетягивании), несоответствие размеров фиксаторов и массы позвонков (тонкие или короткие ТПВ), частичное вывинчивание ТПВ после его установки (обычно это бывает с моноаксиальными ТПВ, которые вывинчивают для укладки в него стержня), неадекватная фиксация, отсутствие спондиледеза и выраженный остеопороз (приводит в подвижности ТПВ) [33, 42]. При многоуровневой ТПФ необходимо стержни изгибать в соответствии физиологическим изгибам позвоночника, чтобы стержень не вырвал ТПВ из позвонков [42].

Ошибки, допущенные пациентом. Данные осложнения в настоящее время являются следствием неадекватного послеоперационного ведения пациентов, которым разрешена ранняя и чрезмерная активность и несоблюдение реабилитационного режима [14, 26]. Несанкционированные лечащим врачом попытки ходьбы, сидения, прекращения фиксации корсетом и физических нагрузок должны быть предупреждаемы четкими инструкциями, зафиксированными в медицинской документации [34,39]. Это может привести к переломам и мальпозиция стержней, переломам и дислокациям ТПВ [34, 39]. Профилактика переломов стержней и ТПВ основывается на широком применении переднего спондиледеза [10, 30, 34].

Ошибки, связанные с недостатками металлоконструкций. Некачественные металлоимпланты в настоящее время все также иногда встречаются в практике нейрохирурга. Дефекты металла, недоста-

точная толщина штанг, чрезмерно сложная конструкция гаек и запирающего устройства [30, 33]. В настоящее время имеется множество производителей сертифицированных и хорошо зарекомендовавших себя имплантов для спинальной нейрохирургии: Stryker, «Конмет», «TRAUSON», «Медин-Урал», «Multisystem Technology», «Ulrich Medical GmbH» и др.

Инфекционные осложнения. Нагноение операционной раны встречается в 2,0-5,5% и зависит от ряда причин [10, 33, 36]. Основная — это ослабленный иммунитет за счет травмы и фоновой иммунодепрессии (у лиц без определенного места жительства, ослабленных различной хронической патологией, инфекциями, алкоголизмом). [27, 29, 44, 42]. Другими причинами является кровопотеря более 800 мл., сахарный диабет, ожирение [42]. При нагноении операционной раны проводится ревизиция и санация раны с ее приточно-отточным дренированием, назначают массивную антибактериальную терапию и заживляют рану через вторичные швы [45]. Глубокие воспалительные процессы (флегмона, абсцесс, спондилит) встречается в 0,6-3,0 % случаях [44, 45]. Широкое внедрение в хирургическую практику методов имплантации массивных инородных тел привело к увеличению числа поздних воспалительных осложнений. Одни вертебрологи считают, что причиной развития мягкотканых воспалительных реакций является нестабильность зафиксированного сегмента, приводящая к травматизации прилежащих тканей металлоконструкцией, а так же имбибицией их частицами металла [28]. При дальнейшем нарастании нестабильности и снижении иммунореактивности организма происходит активация вялотекущего воспалительного процесса с образованием свищевых ходов, глубоким распространением в костные структуры и вовлечением эпидурального пространства позвоночного канала [28]. Однако большинство авторов придерживаются мнения, что эти воспалительные явления носят инфекционный характер. Причиной инфекции является нормальная флора кожи человека, проникающая в рану в период первичной операции с последующим холодным периодом [28].

Неврологические осложнения. После проведения ТПФ составляет от 1,1 до 21 % [33, 44, 46]. Дуротомия с развитием ликвореи — 4,2%, транзиторная нейропраксия — 2,4%, стойкое повреждение корешков СМ — 2,3% [17, 33]. При интраоперационном повреждении дурального мешка в момент постановки ТПВ проводится тампонирование гемостатической губкой костного канала и переустановка ТПВ. При развитии ликвореи из раны накладывают дополнительные швы на кожу, давящую повязку, назначают строгий постельный режим [45].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на достижения в спинальной нейрохирургии, сохраняется актуальной проблема осложнений и ошибок при хирургическом лечении ПСМТ. Мероприятия, направленные на предупреждения ошибок и осложнения при ТПФ, включает в себя обоснование числа фиксируемых позвонков и вариантов установки металлоконструкции, индивидуальный подбор ТПВ по диаметру и длине погружной части, их корректная установка, а так же правильное ушивание и дренирование раны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гринь А.А., Некрасов М.А., Кайков А.К., Ощепков С.К., Львов И.С., Иоффе Ю.С., Крылов В.В. Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с сочетанной позвоночно-спинномозговой травмой // Хирургия позвоночника. 2012. № 1. С. 8-18.
2. Крылов В.В., Гринь А.А., Луцик А.А., Парфенов В.Е., Дулаев А.К., Мануковский В.А., Коновалов Н.А., Перльмуттер О.А., Сафин Ш.М., Кравцов М.Н., Манащук В.И., Рерих В.В. Рекомендательный протокол лечения острой осложненной и неосложненной травмы позвоночника у взрослых (Ассоциация нейрохирургов РФ). Часть 1 // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2014. Т. 78. № 6. С. 60-67.
3. Морозов И.Н., Млявых С.Г. Эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы // Медицинский альманах. 2011. № 4 (17). С. 157-159.
4. Усиков В.Д., Воронцов К.Е., Куфтов В.С., Ершов Н.И. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения позвоночно-спинномозговой травмы грудного и поясничного отделов // Травматология и ортопедия России. 2014. № 2 (72). С. 37-44.
5. Гринь А.А., Николаев Н.Н., Горохова Е.Н. Множественные и многоуровневые повреждения позвоночника (Часть 1) // Нейрохирургия. 2008. № 3. С. 47-55.
6. Глазков Р.В., Берснев В.П., Верещако А.В., Позин В.В., Маршалкин С.М. Возможность использования интегральных систем оценки тяжести травмы у пострадавших с повреждением позвоночника на этапе поступления в стационар // Скорая медицинская помощь. 2012. Т. 13. № 2. С. 80-83.
7. Ахмеджанов Ф.М., Карякина У.В., Гринь А.А. Алгоритм лучевого исследования при закрытой травме нижнешейного отдела позвоночника // Нейрохирургия. 2007. № 3. С. 43-49.

8. Баринов А.Н., Кондаков Е.Н. Организация помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в Архангельской области // Нейрохирургия. 2011. № 3. С. 73-78.
9. Сороковиков В.А., Бывальцев В.А., Калинин А.А., Панасенков С.Ю., Егоров А.В. Современные подходы к лечению пациентов с позвоночно-спинальной травмой // Acta Biomedica Scientifica. 2011. № 1-2 (77). С. 272-274.
10. Говенько Ф.С., Монашенко Д.Н., Лукин Д.С. Исходы хирургического лечения пациентов с нестабильным поражением позвонков грудной и поясничной локализации // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2012. № 1 (37). С. 150-153.
11. Дудаев А.К., Хан И.Ш., Дулаева Н.М. Причины неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов лечения больных с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника // Хирургия позвоночника. 2009. № 2. С. 17-24.
12. Аганесов А.Г. Хирургическое лечение осложненной травмы позвоночника - прошлое и настоящее // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. № 1. С. 5-12.
13. Баринов А.Н., Кондаков Е.Н. Клинико-статистическая характеристика острой позвоночно-спинномозговой травмы // Хирургия позвоночника. 2010. № 4. С. 15-18.
14. Шульга А.Е., Зарецков В.В., Островский В.В., Арсениевич В.Б., Смолькин А.А., Норкин И.А. К вопросу о причинах развития вторичных посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника // Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т. 11. № 4. С. 570-575.
15. Крылов В.В., Гринь А.А., Иоффе Ю.С., Казначеев В.М., Николаев Н.Н., Некрасов М.А. Лечение больных с осложненными и неосложненными повреждениями позвоночника при сочетанной травме // Хирургия позвоночника. 2005. № 4. С. 8-14.
16. Щербук Ю.А., Багненко С.Ф., Дулаев А.К., Дулаева Н.М., Аликов З.Ю. Организация специализированной медицинской помощи пациентам с неотложной хирургической патологией позвоночника // Хирургия позвоночника. 2011. № 2. С. 67-73.
17. Прудникова О.Г. Подходы к классификации ошибок и осложнений наружной транспедикулярной остеосинтеза // Медицинский альманах. 2012. № 5 (24). С. 171-174.
18. Гринь А.А., Кайков А.К., Крылов В.В. Осложнения и их профилактика у больных с позвоночно-спинномозговой травмой (Часть 2) // Нейрохирургия. 2015. № 1. С. 55-66.
19. Фраерман А.П., Сыркина Н.В., Железин О.В., Гомозов Г.И., Акулов М.С., Алейников А.В. Сочетанная черепно-мозговая травма. Поволжье. Нижний Новгород. 2015: 204 с.
20. Крылов В.В., Гринь А.А., Луцик А.А., Парфенов В.Е., Дулаев А.К., Мануковский В.А., Коновалов Н.А., Перльмуттер О.А., Сафин Ш.М., Кравцов М.Н., Манащук В.И., Рерих В.В. Рекомендательный протокол лечения острой осложненной и неосложненной травмы позвоночника у взрослых (Ассоциация нейрохирургов РФ). Часть 3 // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2015. Т. 79. № 2. С. 97-110.
21. Рамих Э.А. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника // Хирургия позвоночника. 2008. № 2. С. 94-114.
22. Дулаев А.К., Мануковский В.А., Кутянов Д.И. Позвоночно-спинномозговая травма. Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, под ред. проф. В.Е. Парфенова. Санкт-Петербург ООО "Фирма «Стикс»". 2018. С. 48.
23. Фраерман А.П., Кравец Л.Я., Шелудяков А.Ю., Трофимов А.О., Балябин А.В. Сдавление головного мозга при изолированной и сочетанной черепно-мозговой травме. Поволжье. 2008. С. 328.
24. Kyphosis recurrence after posterior short-segment fixation in thoracolumbar burst fractures / X.-Y. Wang, L.-Y. Dai, H.-Z. Xu [etal.] // J. Neurosurg. Spine. 2008. Vol. 8. № 3. P. 246.
25. Lee G.W., Jang S.J., Kim J.D., Son J.H., Jang J.H. The efficacy of percutaneous long-segmental posterior fixation of unstable thoracolumbar fracture with partial neurologic deficit // Asian Spine J. 2013. Vol. 7(2). P. 81-90.
26. Афаунов А.А., Басанкин И.В., Кузьменко А.В., Мишагин А.В. Ревизионные операции в хирургическом лечении повреждении грудного и поясничного отделов позвоночника // Вестник физиотерапии и курортологии. 2015. Т. 21. № 2. С. 98.
27. Перльмуттер О.А., Григорьева В.Н., Курилина Л.Р. Травма позвоночника и спинного мозга: неотложная диагностика и лечение. Нижний Новгород, НижГМА 2016. С. 96.
28. Нейрохирургия. Том №2. Под редакцией профессора Древалю О.Н.
29. Зуев И.В., Давыдов Е.А., Берснев В.П., Ильин А.А., Коллеров М.Ю. Стабильная и динамическая фиксация при повреждениях и дегенеративно-дистрофических заболеваниях по-

- звоночника // Хирургия позвоночника. 2009. № 3. С. 8-13.
30. Луцик А.А., Бондаренко Г.Ю., Булгаков В.Н., Епифанцев А.Г. Передние декомпрессивно-стабилизирующие операции при осложненной травме грудного и грудопоясничного отделов позвоночника // Хирургия позвоночника. 2012. № 3. С. 8-16.
31. Vaccaro AR, Lehman RA, Hurlbert RJ, et al. A new classification of thoracolumbar injuries: the importance of injury morphology, the integrity of the posterior ligamentous complex, and neurologic status // *Spine* 2005. Vol. 30. P. 2325-2333.
32. Афаунов А.А., Кузьменко А.В. Рабочая классификация травматических стенозов позвоночного канала для повреждений нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 2 (157). С. 13-19.
33. Бердюгин К.А., Чертков А.К., Штадлер Д.И., Климов М.Е., Бердюгина О.В., Бетц А.Е., Гусев Д.А., Новицкая Е.В. Ошибки и осложнения транспедикулярной фиксации позвоночника погружными конструкциями // *Фундаментальные исследования*. 2012. № 4-2. С. 425-431.
34. О неудовлетворительных исходах транспедикулярной фиксации позвоночника / К.А. Бердюгин, А.К. Чертков, Д.И. Штадлер, О.В. Бердюгина // Хирургия позвоночника - 2010. – № 4. – С. 19-24.
35. Бердюгин К.А., Бердюгина О.В., Штадлер Д.И., Гусев Д.А., Штадлер В.Д. Авторские системы для профилактики мальпозиции резьбовых транспедикулярных винтов при фиксации позвоночника погружными конструкциями // *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 6. С. 5.
36. Кокушин Д.Н., Белянчиков С.М., Мурашко В.В. Хирургическое лечение нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника. Исторические аспекты // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016. № 11-3. С. 442-450.
37. Бердюгин К.А., Кутепов С.М. К вопросу о неудовлетворительных исходах транспедикулярной фиксации позвоночника // *Уральский медицинский журнал*. 2010. № 7 (72). С. 103-107.
38. Монашенко Д.Н., Бадалов В.И., Кистень В.К. Интраоперационные осложнения в спинальной хирургии // *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2016. № 4 (56). С. 217-223.
39. Бердюгин К.А., Чертков А.К., Климов М.Е., Бердюгина О.В., Новицкая Е.В., Макурин С.А. Внеочаговый транспедикулярный остеосинтез в лечении повреждений позвоночника. Основные ошибки и осложнения // *Современные проблемы науки и образования*. 2012. № 5. С. 10.
40. Бердюгин К.А. Алгоритм оперативного лечения у больных с переломами грудных и поясничных позвонков // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 9-4. С. 591-595.
41. Бердюгин К.А., Бердюгина О.В. Остеосинтез позвоночника аппаратами внешней фиксации (обзор литературы) // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 9-4. С. 765-768.
42. Гринь А.А., Кайков А.К., Крылов В.В. Осложнения и их профилактика у больных с позвоночно-спинномозговой травмой (Часть 1) // *Нейрохирургия*. 2014. № 4. С. 75-86.
43. Валеев И.Е., Валеев Е.К. Особенности транспедикулярногоспондилодеза при повреждениях грудопоясничных позвонков // *Практическая медицина*. 2013. № 2-2 (68). С. 25-28.
44. Бердюгин К.А., Каренин М.С. Осложнения транспедикулярной фиксации позвоночника и их профилактики // *Фундаментальные исследования*. 2010. № 9. С. 61-71.
45. Усиков В.В., Усиков В.Д. Ошибки и осложнения внутреннего транспедикулярного остеосинтеза при лечении больных с нестабильными повреждениями позвоночника, их профилактика и лечение // *Травматология и ортопедия России*. 2006. № 1 (39). С. 21-26.
46. Басков А.В., Каримов А.А., Борщенко И.А., Древаль О.Н., Дракин А.И., Левченко С.К. Коррекция неврологических осложнений, возникших после транспедикулярной стабилизации позвоночника // *Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. 2008. № 4. С. 24-30.
47. Дудаев А.К., Усиков В.Д., Пташников Д.А., Фадеев Е.М., Дыдыкин А.В., Аликов З.Ю., Дудаева Н.М. Хирургическое лечение больных с неблагоприятными последствиями позвоночно-спинномозговой травмы // *Травматология и ортопедия России*. 2010. № 2 (56). С. 51-54.
48. Млявых С.Г., Морозов И.Н. Дифференцированная тактика хирургического лечения пострадавших с травмой грудного и поясничного отделов позвоночника. *Травматология и ортопедия России*. 2008. №3. С. 99-100.
49. Млявых С.Г., Перльмуттер О.А. Дифференцированная хирургическая тактика при нестабильных переломах грудного и поясничного отделов позвоночника. *Нижегородский медицинский журнал*. 2006. № 5. С. 50-53.

УДК 616.5-002

Лысенко О.В., Пастернак А.Е.

ПРАКТИКА ДЕРМАТОЛОГА – РЕШЕНИЕ СЛОЖНЫХ ЗАДАЧ

Lysenko O.V., Pasternak A.E.

DERMTOLOGA-PRACTICE CHALLENGES

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Лысенко Ольга Васильевна - д.м.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ.

РЕЗЮМЕ

В практике дерматолога периодически встречаются сложные для диагностики случаи заболеваний. В статье для дискуссии представлена история болезни ребенка 2 лет, скончавшегося от процесса, клинически соответствующего течению панникулита Вебера-Крисчена и имеющего патоморфологическую картину липоидного некробиоза.

Ключевые слова: панникулит Вебера-Крисчена, липоидный некробиоз.

SUMMARY

In practice, a dermatologist for diagnosis are complex periodically cases. The discussion presented in the article history of the child 2 years old, died from clinically relevant process flow panniculitis Weber-star Christian and with Microbiology picture lipid nekrobioza.

Keywords: Panniculitis Weber-star Christian, lipidnyjnekrobioz.

Как известно, практика дерматовенеролога интересна тем, что в процессе работы постоянно приходится решать сложные диагностические задачи. В этом нет ничего необычного, поскольку дисциплина отличается не только огромным количеством нозологических единиц заболеваний, входящих в сферу её обслуживания, но и большим числом клинических вариантов течения практически каждой болезни. В результате профессия требует от доктора, за-

нимающегося ею, постоянного пополнения своих знаний и умений, как сейчас принято говорить, компетенций. В настоящее время этому не трудно. Издается множество интересных печатных трудов, доступны электронные варианты практически всех клинических периодических изданий, любая поисковая система предоставляет сразу массу информации по интересующему вопросу. Более того, непрерывное медицинское образование способствует повышению уровня знаний докторов не зависимо от места их проживания. Осуществленные в последние годы фундаментальные исследования уточнили патогенез и усовершенствовали диагностику большинства дерматозов. Широкий рынок издательских услуг сделал возможным публикацию атласов хорошего полиграфического качества [1]. Тем не менее, множество функций, выполняемых кожей, её тесные нейрогуморальные связи с внутренними системами организма предъявляют высокие требования к уровню информированности врачей дерматовенерологов [2]. Поэтому в практике докторов периодически встречаются случаи, диагностика которых может быть затруднена в связи с редкостью диагностируемого дерматоза или его клинических проявлений.

Особенно сложными для диагностики бывают случаи заболеваний кожи у детей. Они во многом отличны от аналогичной патологии взрослых, и эта разница наиболее заметна при раннем возрасте пациентов. Кроме того, в педиатрической дерматологии кожные признаки являются важным аспектом в распознавании тяжелых системных заболеваний [3].

Сложные для распознавания случаи всё чаще стали встречаться и в нашей практике, а участие

морфологов не облегчило, а усложнило формирование окончательного диагноза.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Владимир Сергеевич Ц. 2-х лет был доставлен в гнойное хирургическое отделение муниципального бюджетного лечебно-профилактического учреждения одного из городов Челябинской области 13.10 2015 г в 04.40 в крайне тяжелом состоянии с жалобами на тошноту, рвоту, повышение температуры до 39 градусов, многочисленные инфильтраты на коже, появившиеся ориентировочно за 3-5 дней до поступления. В связи с тяжестью состояния помещен в реанимационное отделение, но, несмотря на проводимую терапию, состояние прогрессивно ухудшалось и через 9 часов после поступления наступила смерть.

Диагноз при поступлении: сепсис с неуточненным первичным очагом. Септический шок. Тромбо-геморрагический синдром. Острый лейкоз? Манифестация СД? Множественные внутрикожные инфильтраты (лейкемоиды? септические очаги?) Некроз кожи ягодицы.

Отцу 58 лет. Мать 26 лет страдает ДЦП, имеет органические изменения личности, дефицит мас-

сы тела, вредные привычки в виде табакокурения, перенесла сифилис и получила полноценное лечение до наступления настоящей беременности. Роды первые, оперативные на сроке 38-39 недель, вес ребенка при рождении 3150 гр, 5-7 баллов по шкале Апгар. В периоде адаптации имелась патологическая убыль веса.

В 3 месяца выявлена двухсторонняя пиелокалкоэктазия, в 4, 5 и 7 месяцев перенес ОРВИ с присоединением конъюнктивита и назофарингита, в 9-ти месячном возрасте - острый гнойный подкожно-подслизистый парапроктит и операцию вскрытия парапроктита. В течение первого года жизни трижды болел ОРВИ и в июле 2014 г (в 1 год 6 месяцев) был вскрыт абсцесс правой голени. С этого же времени диагностирована хроническая анальная трещина. За последний год жизни имел 6 эпизодов, расцененных как ОРВИ, и операцию по поводу вскрытия панариция 1-го пальца правой кисти. Таким образом, к моменту поступления у ребенка имелись 14 зафиксированных случаев заболеваний и 3 операции по поводу различных абсцессов, в общем анализе крови неоднократно отмечалось повышение СОЭ (табл 1).

Возраст	Эритроциты x10 ¹² /л	Гемоглобин г/л	Цветной показатель	Лейкоциты x10 ⁹	П/я нейтрофилы x10 ⁹	С/я нейтрофилы x10 ⁹	Эозинофилы x10 ⁹	Лимфоциты x10 ⁹	Моноциты x10 ⁹	СОЭ мм/час
3 мес	3,95	115	0,87	6,5	1	13	4	70	12	3
9 мес	3,57	124	1,0	10,2						6
11 мес	4,63	128		7		16	3	72	9	10
1 г 6 мес	3,7	62	0,76	4,1						36
2 г	3,4	94	0,82	9,1	4	30	4	42	20	10
2 г 1 мес	3,9	110	0,85	8,8	2	36	4	52	6	4
2 г 4 мес	4,22	110	0,78	10,4						6
2 г 7 мес	3,7	112	0,9	6,0		38	2	46	14	3

Таблица 1. Динамика общего анализа крови до поступления в стационар

При поступлении - состояние ребенка средней степени тяжести, вялый, адинамичный. Кожа бледная Тургор тканей снижен. Дыхание

слева ослаблено в нижних отделах. ЧДД-24 в 1 мин. ЧСС- 124 сокращений в час. Живот мягкий безболезненный. Локально в области правой яго-

дицы определялся инфильтрат до 5 см в диаметре, кожа над ним синюшного цвета, в центре субэпидермальный пузырь 1,5x1 см. По периферии гиперемия, умеренный отек, флюктуации нет.

При осмотре в 8 часов 40 минут состояние ребенка тяжелое. Температура на момент осмотра 35,6. Сознание спутано. Положение вынужденное лежа на правом боку. Ребенок вялый, адинамичный, при осмотре слабо стонет. Менингеальных симптомов не выявлено. Параличей, парезов нет. Нистагма нет, фотореакции сохранены. Зрачки симметричны. Кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз. Периферические лимфоузлы мелкие, единичные. В легких – дыхание жесткое, хрипов нет, в нижних отделах ослаблено. ЧДД – 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, глухие. ЧСС – 140 в мин. Живот не вздут, мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень на 1,5-2,0 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика

выслушивается. Объемных образований в брюшной полости не пальпируется. Мочился однократно самостоятельно малым количеством мочи. Установлен катетер – получено 3 мл мочи. Стула не было. Ректально – тонус сфинктера снижен, ампула прямой кишки пустая, патологических образований на высоте пальца не выявлено. На коже лица, ушной раковины слева, верхних и нижних конечностей, передней брюшной стенки, грудной клетки имеются множественные инфильтраты по цвету бледнее, чем окружающая кожа, округлой формы, с четкими границами, размерами от 0,5 до 1,5 см, с участками цианоза внутри некоторых элементов. В области правой ягодицы с переходом на промежность инфильтрат неправильной формы буро-коричневого цвета с участком отслоенного эпидермиса, серозное отделяемое. Участков размягчения, ран, свищей и гнойного отделяемого нет (рис 1).



Рисунок 1. Инфильтрат в области ягодицы с эрозией на поверхности

В общем анализе крови эритроцитов $2,8 \times 10^{12}/л$, Hb-80 г/л, Ц.П. - 0,86, лейкоциты $1,1 \times 10^9$, СОЭ- 3 мм/ч. Лейкоформула: сегментоядерных - 2, эозинофилов - 0, базофилов - 0, моноцитов - 13, лимфоцитов - 35 (подсчет на 50 клетках на 4-х стеклах), тромбоциты - $160,6 \times 10^9/л$, гематокрит – 36% , время свертывания крови 4 мин - 4 мин 30 сек., ПТИ - 77%. Билирубин - 27,3 мкмоль/л, прямой - 11,1 непрямой - 16,1. Общий белок - 79 г/л. Мочевина - 7,6 моль/л, креатинин - 87,5 мкмоль/л, сахар крови- 23,0 ммоль/л, сахар, ацетон в моче – отрицательны. В

мазке из зева, из носа и в посеве содержимого пузыря на коже ягодицы обнаружен *Ps.aeruginosa*. В связи с повышенным уровнем сахара в крови кроме прочих реанимационных мероприятий ребенку через инфузомат с 13 до 19 часов был введен инсулин в дозе 10 единиц, что привело к временному снижению уровня сахара (рис.2). Эндокринолог предположил наличие сахарного диабета впервые выявленного, но детский эндокринолог этот диагноз подверг сомнению. Невропатолог установил отек головного мозга. Наличие лейкоза гематолог исключил.

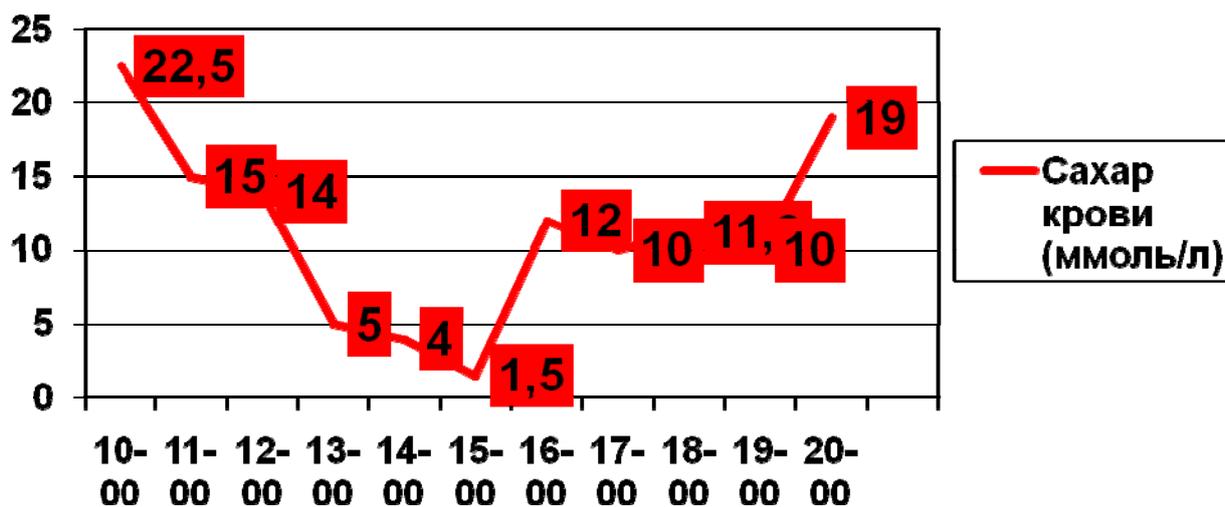


Рисунок 2. Почасовая динамика уровня сахара в крови пациента

К 13 часам состояние ребенка прогрессивно ухудшилось и стало крайне тяжелым. Сознание спутано. На осмотр реагирует стоном и слабым сопротивлением. Кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз. Температура 38.1 градуса. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, в нижних отделах ослаблено. ЧДД – 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, глухие. ЧСС – 110 в мин. Живот не вздут, мягкий, на пальпацию не реагирует. Объемных образований в брюшной полости не пальпируется. По желудочному зонду поступает застойное желудочное содержимое с геморрагическим компонентом. Присоединились симптомы отека головного мозга - сомнительные менингеальные симптомы, положительный симптом Бабинского, слабовыраженный нистагм. На коже инфильтраты приобрели серо-цианотичный цвет, размер и количество их увеличились. Инфильтрат на ягодице так же увеличился в размере, приобрел серо-черный оттенок. Несмотря на проведенную в полном объеме терапию, включающую трижды реанимационные мероприятия, 13.10.15 в 21 час 15 минут ребенок скончался. Заключительный клинический диагноз: Основное заболевание: Воспалительный инфильтрат правой ягодицы. Некроз кожи правой ягодицы. Сепсис. Септический шок 3ст. Внебольничная левосторонняя пневмония. Тромбогеморрагический синдром. Множественные внутрикожные инфильтраты.

14.10.15 было проведено патологоанатомическое вскрытие, при котором, после анализа комплекса изменений внутренних органов и кожных покровов, выставлен следующий патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: Рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена с поражением кожи спины, грудной клетки, живота,

ягодиц, верхних и нижних конечностей – очаговые коагуляционные некрозы дермы и подкожной клетчатки без перифокальной клеточной реакции. Фоновое заболевание: Неутонченный иммунодефицит. Акцидентальная инволюция тимуса IV ст.; гипоплазия всех ростков кроветворения костного мозга; гипоплазия лимфомидных фолликулов селезенки, лимфоузлов; лейкопения (по клиническим данным). Осложнения основного заболевания: Мацерация кожи правой ягодицы с переходом на анус. Флегмона правой ягодицы. Септицемия (бак.посев крови, легких, селезенки, ликвора, тонкого и толстого кишечника № 49-55 от 19.10.2015 г. – выделена *Ps. aeruginosa* 10⁴-10⁶). Септический гнойный менингоэнцефалит, венитрикулит. Токсический серозный миокардит. Токсический серозный гепатит. ДВС-синдром. Отек и набухание головного мозга. Паренхиматозная дистрофия печени, почек, миокарда.

Однако при гистологическом исследовании препаратов пациента были выявлены патогистологические изменения, не соответствующие данному диагнозу. А именно: «Эпидермис атрофичен, в дерме, особенно в глубоких её отделах, обнаруживаются очаги дезорганизации и некроза коллагена без четких границ, преимущественно некротический тип тканевой реакции. Инфильтрация мононуклеарами, гранулемоподобными скоплениями эпителиоидных клеток и гигантских многоядерных клеток. В мелких сосудах средней и нижней дермы отмечаются явления продуктивного васкулита» (рис. 3). Согласно М.А. Пальцеву и соавт. (2004), данная гистологическая картина соответствует изменениям, происходящим при липоидном некробиозе [4].

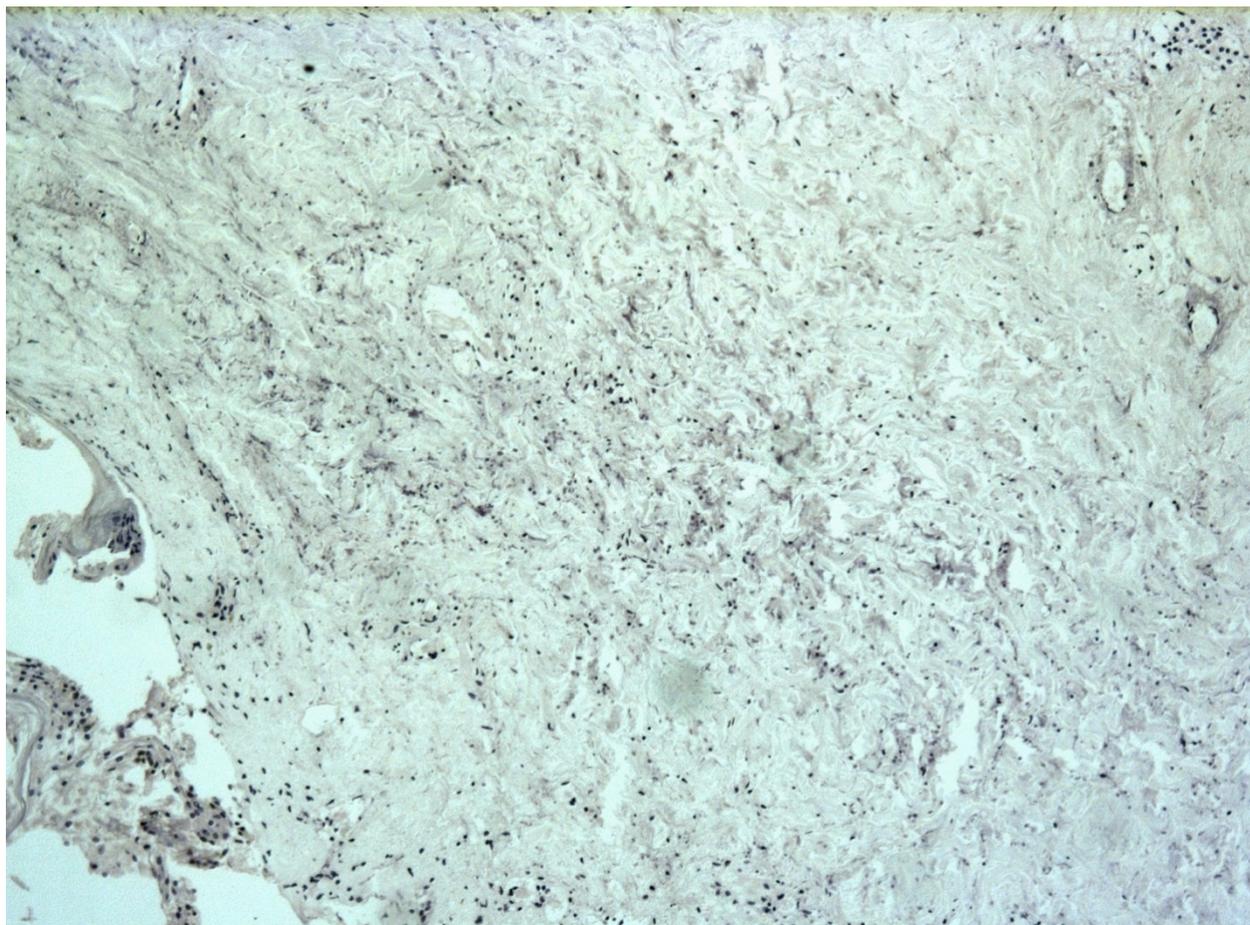


Рисунок 3. Патогистологическая картина изменений кожи

ОБСУЖДЕНИЕ СЛУЧАЯ

Как известно, узловатый ненагнаивающийся лихорадящий рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена чаще встречается у женщин 20-40 лет и чрезвычайно редко у детей и имеет острое начало и рецидивирующее лихорадящее течение. Заболевание начинается с недомогания, головной боли, иногда болей в мышцах и суставах и сопровождается лихорадкой различной степени выраженности (37-40°C), воспринимаемые, как ОРВИ. Возможно, что часто повторяющиеся подъемы температуры у описываемого ребенка относились как раз к данной патологии. Панникулит протекает приступообразно, продолжительность ремиссии бывает различной. Первичным элементом является узел, залегающий на разной глубине в подкожной жировой клетчатке. Узлы могут локализоваться на любом участке кожного покрова, они редко бывают единичными, чаще носят диссеминированный, множественный характер.

Различают три клинические разновидности панникулита: узловатую, бляшечную и инфильт-

ративную. При узловатой разновидности узлы располагаются изолированно друг от друга, не сливаются, довольно чётко отграничены от окружающей ткани и имеют различную окраску в зависимости от глубины залегания в подкожной жировой клетчатке (от цвета нормальной кожи до ярко-розового). Диаметр отдельных узлов колеблется от нескольких миллиметров до 10 см и более. При бляшечной разновидности отдельные узлы, сливаясь в конгломераты различного размера, занимают обширные зоны, иногда всю поверхность голени, бедра, плеча и т. д. Вследствие этого могут возникнуть отёк и выраженная болезненность из-за сдавления сосудисто-нервных пучков. Поверхность таких бляшек-конгломератов бугристая, границы их нечеткие, консистенция плотноэластическая, достигающая иногда до склеродермоподобной плотности. Цвет конгломератов от розового до синюшно-багрового. При инфильтративной разновидности в зоне отдельных узлов или конгломератов возникают флюктуации, цвет очагов становится ярко-красным или багровым. Очаги принимают вид флегмонозных ин-

фильтратов, но в отличие от последних при вскрытии их выделяется не гной, а желтоватая пенная масса. Инфильтративную форму спонтанного панникулита часто ошибочно диагностируют как абсцесс или флегмону. Не по этой ли причине у ребенка, не достигшего трехлетнего возраста, трижды вскрывали абсцессы неясного происхождения? Длительность течения панникулита колеблется в довольно широких пределах: от нескольких недель до нескольких десятков лет.

По остроте течения различают три формы узлового ненагнаивающегося лихорадящего рецидивирующего панникулита Вебера-Крисчена: хроническую, подострую и острую. При хроническом варианте независимо от того, насколько острым было начало заболевания, дальнейшее его течение носит благоприятный для жизни больного характер. Общее состояние больных существенно не страдает, рецидивы нетяжелые и обычно заканчиваются благоприятно для больных, ремиссии длительные. Подострое течение спонтанного панникулита характеризуется выраженными общими симптомами заболевания: длительной лихорадкой гектического типа, нарастающей слабостью, изменениями состава крови (лейкопения, повышенная СОЭ). При быстрой смене ремиссий и рецидивов, характерной для подострого течения панникулита, количество узлов обычно увеличивается. Подострое течение отличается торпидностью заболевания к различным видам терапии. Если наступает ремиссия, то продолжительность её невелика (1-3 мес), как и в данном клиническом случае. При каждом новом рецидиве общее состояние больного ухудшается, заболевание принимает острую форму и заканчивается летально в довольно короткие сроки (от 3 месяцев до 1 года). Хотя заболевание начинается как лихорадочная инфекционная болезнь и по своей клинической картине напоминает инфекционный процесс, выявить возбудителя не удалось. Исходя из описанного и анализируя течение заболевания представляемого больного, диагноз панникулита Вебера-Крисченау нашего пациента можно считать клинически доказанным, если бы не отсутствие морфологического его подтверждения.

Патоморфологические изменения при панникулите могут быть разделены на 3 стадии. При первой стадии острое воспаление характеризуется инфильтрацией жировой клетчатки сегментоядерными нейтрофилами, лимфоцитами и гистиоцитами без образования абсцессов. При второй стадии инфильтрат представлен преимущественно гистиоцитами с примесью лимфоцитов и плазматических клеток. Характерен фагоцитоз

жира с образованием скоплений крупных светлых макрофагов с пенистой цитоплазмой, замещающих жировые клетки. В случае панникулита с прорывом узлов вторая стадия заканчивается некрозом макрофагального инфильтрата с образованием аморфной пенистой массы, содержащей отдельные сохранившиеся ядра и клетки воспаления. В третьей стадии (фибробластической) в инфильтрате нарастает количество фибробластов и на месте скоплений гибнущих макрофагов формируется соединительная ткань [4].

Липоидный некробиоз может возникнуть в любом возрасте чаще в 20-40 лет, несколько реже в старческом и детском, причем у 18-20% больных кожные изменения появляются задолго (1-10 лет) до развития сахарного диабета. Выделяют четыре основные формы липоидного некробиоза: склеродермоподобную, поверхностно-бляшечную, напоминающую кольцевидную гранулему и узелковую. Склеродермоподобная форма встречается наиболее часто. Она характеризуется наличием на коже единичных, реже множественных бляшек, причем при этой форме липоидного некробиоза можно выделить 3 стадии развития. Первая стадия характеризуется появлением розовато-красных узелков конусовидной, чаще полусферической формы с гладкой поверхностью и перламутровым блеском. Вторая стадия характеризуется образованием инфильтрированных бляшек буровато-красного цвета с резко очерченными границами, размерами от 10-копеечной монеты до детской ладони. Весь очаг поражения возвышается над уровнем окружающей кожи; уже в этой фазе узелки, расположенные по краю очага, приобретают фиолетовые оттенки и возвышаются над уровнем его центральной части. После длительного существования (от нескольких месяцев до 2-3 лет) образуются округлые бляшки с блестящей поверхностью, с запавшим желтовато-буроватым центром и слегка возвышающимся краем фиолетово-красного цвета. При пальпации очагов поражения определяется склеродермоподобное уплотнение. Примерно в 1/4 всех случаев липоидного некробиоза очаги поражения сопровождаются изъязвлениями. При этом язвы чаще встречаются у больных диабетом, чем без диабета. Язвы поверхностные, как правило, неправильных очертаний, края их зачастую мягкие, слегка подрыты. Отделяемое язв серозно-геморрагическое, при подсыхании образуются темно-коричневые корки.

Возможно ли, учитывая наличие кольцевидных инфильтратов фиолетового цвета с более светлым центром, что у нашего больного имела место склеродермоподобная форма липоидного некробиоза (рис. 4)? Или патоморфологические изменения,

выявленные гистологически не являются абсолютно патогномичными и при панникулите могут быть похожие процессы? Мы будем благодарны коллегам

за анализ данного случая, поскольку повышение своего профессионального уровня у дерматовенерологов является процессом не прекращающимся.



Рисунок 4. Кольцевидные инфильтраты на коже руки

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сергеев Ю.В. Будни дерматолога. – М.: Студия МДВ, 2012. – 668 с.
2. Хёгер Петер Г. Детская дерматология \ Пер. с нем. Под ред. А.А. Кубановой, А.Н. Львова. – М.: Издательство Панфилова: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 648 с.
3. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А. и др. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас). – М.: Медицина, 2004. – 432 с.

УДК 618.16-002.72-08

Лысенко О.В.

ДЛИТЕЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПРИЧИНА ТОРПИДНОГО К ЛЕЧЕНИЮ ВУЛЬОВОАГИНАЛЬНОГО КАДИДИДОЗА

Lysenko O.V.

PROLONGED ANTIBACTERIAL THERAPY AS A CAUSE OF TORPIDNOGO TREATMENT VULVOVAGINALNOGO KADIDIDOZA

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

Лысенко Ольга Васильевна - д.м.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ.

РЕЗЮМЕ

Для установления частоты развития вульвовагинального кандидоза у женщин, длительно получающих антибиотикотерапию, обследованы 346 больных туберкулезом легких. Кандида инфекция обнаружена у 158, что составило 45,7%. Превалирующим видом *Candida* явился *C. albicans*, выявляемый в 77,4% случаев. Высокий уровень чувствительности к антимикотическим препаратам сохранялся у 82,7% больных, наиболее активным препаратом явился флуконазол. Высокая чувствительность к антигрибковым препаратам сохраняется и после проведенного лечения у 80% больных.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, терапия.

SUMMARY

To establish the incidence of vulvovaginal candidiasis of women receiving long-term antibiotic therapy, were examined 346 patients with pulmonary tuberculosis. *Candida* infection detected of 158 patients, which amounted to 45.7%. Prevailing view of *Candida* was *Candida albicans*, detectable in 77.4% of cases. High level of sensitivity to antifungal preparations remained at 82.7% of patients, the most

active drug was fluconazole. High sensitivity to antifungal drugs persists after treatment 80% of patients.

Keywords: Vulvovaginal candidiasis, therapy

В последнее десятилетие особое внимание исследователей стали привлекать ассоциации микроорганизмов, населяющих поверхность нашей кожи и слизистые оболочки. Патология микробиома кожи и микробиоциноза кишечника оказались связанными не только с возникновением пиодермий и колитов, но с такими заболеваниями, как ожирение, диабет, заболевания сердца, бронхиальная астма, рассеянный склероз и даже аутизм. Одним из частых заболеваний, связанных с нарушением микробиоциноза, является вульвовагинальный кандидоз.

Вагинальный кандидоз (ВВК) или кандидозный вульвовагинит или кандидоз вульвы и вагины (МКБ-10, В37.3) относится к числу инфекционных заболеваний влажной, прочно занимающих ведущее место в структуре дерматовенерологической и акушерско-гинекологической заболеваемости. Его частота, по данным разных авторов, колеблется от 30 до 45% всей инфекционной патологии нижнего отдела мочеполового тракта, но значение это никак не может быть окончательным, поскольку значительное количество больных при легких формах заболевания за медицинской помощью не обращаются. Число случаев ВВК неуклонно растет [1, 2].

Одной из частых причин возникновения ВВК является изменение нормального микробиоценоза слизистых оболочек вследствие нерационального или вынужденного применения антибактериальных препаратов. В случае использования антибактериальных препаратов различных классов и по мере увеличения длительности приема риск развития заболевания возрастает [1, 3]. Особенно тяжелые формы ВВК развиваются у больных с хроническими инфекционными заболеваниями, например – туберкулезом легких, когда антибактериальные препараты принимаются длительное и прекращение терапии невозможно. У этих же пациенток присоединяется второй из возможных факторов развития ВВК – изменение иммунной системы в связи с основным заболеванием и неблагоприятные факторы суммируются [4].

Само течение вульвовагинального кандидоза в последние годы приобрело ряд особенностей независимо от причин его появления. Все чаще встречаются длительно текущие, рецидивирующие формы, наиболее часто поражающие женщин репродуктивного возраста, хотя процесс может встречаться также в периоде менопаузы, постменопаузы и в детском возрасте, что делает изучение этой проблемы особенно актуальным [5, 6, 7].

Как известно, урогенитальный кандидоз вызывается грибами рода *Candida*, чаще *Candida albicans*, значительно реже встречаются *Candida krusei*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*. При этом, в отличие от *C. albicans*, которые вовлечены в широкий спектр как внутрибольничных, так и бытовых инфекций и признаны обычным микрорганом для здорового человека, некоторые другие представители рода *Candida*, (например *C. crusei*), нечасто обнаруживаются в эндогенной микрофлоре человека и являются строго нозокоммиальными возбудителями.

Несмотря на многочисленность исследований и разработок, лечение ВВК в некоторых случаях представляет весьма сложную проблему. Приступая к лечению, следует помнить о том, что целью медикаментозного воздействия является, прежде всего, эрадикация инфекционного объекта. Этиотропная терапия системными антимикотиками преследует эту же цель. Особенностью этиотропной терапии кандидоза является то, что, эрадикация *Candida spp* почти никогда не является абсолютной и окончательной, поскольку они входят в состав постоянной микрофлоры и легко колонизируют слизистые оболочки. К сожалению, многообразие антимикотических препаратов не гарантирует успешность элиминации возбудителя. Одна из причин – разная чувствительность *Candida spp* к современным антимикоти-

тикам – заставляет нас еще раз обратить внимание на этиологическую неоднородность кандидоза и вынуждает для повышения результативности лечения проводить дополнительные лабораторные исследования. Так, если бы все *Candida spp* имели одинаковую чувствительность, или антимикотики – универсально широкий спектр, то определение вида проводилось бы в эпидемиологических или сугубо научных целях. На практике точное установление вида грибов *Candida*, проводится гораздо чаще, так как причиной неудач лечения может служить использование препарата, к которому данный вид грибов устойчив [1, 5, 7, 9]. Вторая причина рецидивов и резистентности кандидозной инфекции к терапии – снижение чувствительности грибов *Candida* к противогрибковым препаратам, развивающееся в процессе их использования [10].

Наиболее высокую эффективность и самое широкое применение при кандидозной инфекции имеют препараты триазолового ряда. Широко используется флуконазол. Побочные эффекты у этого препарата, как правило, отсутствуют, биодоступность флуконазола высока и достигает 94%. Он хорошо абсорбируется в желудочно-кишечном тракте независимо от приема пищи. Учитывая длительный период полувыведения флуконазола из плазмы (около 30 часов), препарат можно назначать однократно. Флуконазол является препаратом выбора для лечения острого и/или хронического вульвовагинального кандидоза и профилактики развития кандидоза у пациенток высокого риска. Проблема заключается в том, что часть видов *Candida* проявляют устойчивость к флуконазолу. По мнению А.Ю. Сергеева и Ю.В. Сергеева (2000), способностью создавать более высокую и более длительную концентрацию в глубоких слоях тканей, давать длительный выраженный эффект обладает итраконазол, который, в свою очередь, совместим не со всеми лекарственными препаратами и иногда обладает гепатотоксичностью.

ЦЕЛЮ нашей работы явилось изучение чувствительности к флуконазолу грибов рода *Candida*, выделенных у больных, длительно получающих антибиотикотерапию в связи с основным заболеванием (туберкулез легких).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели были обследованы 346 женщин в возрасте 18 - 55 лет (средний возраст составил 36,3 года), находившихся на стационарном лечении по поводу раз-

личных форм туберкулеза легких и, в связи с этим, длительно принимавших антибактериальные препараты. В результате обследования диагноз кандидоза вульвы и вагины (В37.3) был установлен у 158, что составило 45,7 %. Используя критерии включения и исключения, основную группу мы составили из 133 пациенток. Критериями включения в исследование служили легочная форма туберкулеза, антимикобактериальная терапия не менее одного месяца, добровольное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были не легочные формы туберкулезного процесса, тяжелые формы туберкулеза легких, требующие оперативного вмешательства, антимикобактериальная терапия менее одного месяца, возраст пациенток менее 18 и более 55 лет, социальная дезадаптация, алкоголизм, наркомания.

Всем женщинам проведено стандартное клиническое и параклиническое обследование очага мочеполовой инфекции. Верификация диагноза ВВК (В 37.3 и В 37.4) базировалась на микроскопическом исследовании препаратов, окрашенных по Граму (преобладание вегетирующих форм грибов) и культуральном исследовании (рост колоний грибов в количестве более 10^3 КОЕ/мл) с последующей идентификацией вида возбудителя.

Вид выделенного гриба, принадлежащего к роду *Candida*, и чувствительность выделенных культур к антимикотическим препаратам проводили согласно Методическим рекомендациям для врачей (СПб, 2009). В исследование принимались только те больные, у которых количество колоний превышало 10^4 КОЕ/мл среды.

Для статистической обработки данных применяли стандартные методы вариационной статистики, используя пакет прикладных программ Statistica – 6,0 для Windows. Сопоставление независимых групп проводилось по методу Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенных исследований нами установлено, что преобладающим видом *Candida*, занимающим первое место по частоте поражения у обследованных нами больных явились *C. albicans* (рисунок 1). Существенно реже выявлялись *C. tropicalis* и *C. parapsilosis*. *C. krusei* и *C. pseudotropicalis* встречались в 2,3% случаев. *C. glabrata* у наблюдаемых нами женщин, больных туберкулезом легких и длительно получающих по этому поводу антибактериальные препараты, не были обнаружены ни разу.

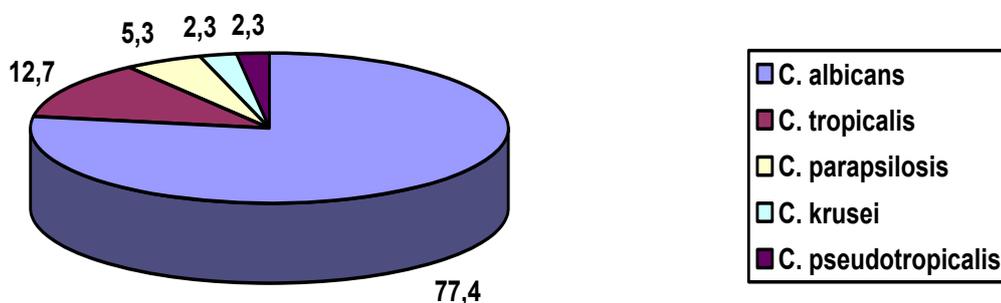


Рисунок 1. Виды грибов рода *Candida*, выделенные у обследованного контингента в процентах

Для выделенных от исследуемых женщин культур *Candida* была определена чувствительность/устойчивость к наиболее распространенным антимикотическим препаратам за исключением итраконазола, что связано с ограничением применения данного препарата у больных с туберкулезом легких. Итраконазол в основном расщепляется ферментом СУР3А4, с которым взаимодействуют также рифампицин, рифабутин и фенитоин, и одновременное его применение с

вышеперечисленными препаратами не рекомендуется, т.к. в этих случаях биодоступность итраконазола значительно снижается, что приводит к существенному уменьшению эффективности препарата. Повышается также гепатотоксичность.

У 23 (17,3%) обследованных нами женщин чувствительность выделенных образцов *Candida* к антимикотикам отсутствовала полностью. У 47 (35,3%) пациенток, напротив, возбудитель сохранил чувствительность к 4 и более препаратам (табл. 1).

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Примененные препараты	Количество больных	Процентное соотношение
Чувствительны к одному препарату		
Всего:	35	26,3 %
Нистатин	5	3,8%
Амфотрицин	4	3,0%
Клотримазол	6	4,5%
Флюконазол	16	12%
Кетоконазол	4	3,0%
Чувствительны к двум препаратам		
Всего:	8	6,0 %
Клотримазол, Флуконазол	7	5,2%
Кетоконазол, Флуконазол	1	0,8
Чувствительны к трём препаратам		
Всего:	20	15,0%
Нистатин, Амфотрицин, Клотримазол	6	4,5%
Нистатин, Флуконазол, Клотримазол	4	3,0%
Клотримазол, Кетоконазол, Флуконазол	2	1,5%
Кетоконазол, Амфотрицин, Флуконазол	5	3,8%
Кетоконазол, Амфотрицин, Нистатин	3	2,3%
Чувствительны к четырем и более препаратам, всего:		
	47	35,3%
Чувствительности нет		
	23	17,3%
Всего обследованных	133	100%

Таблица 1. Результаты определения чувствительности выделенной флоры к антимикотикам

Обращает на себя внимание факт, что наиболее часто выделенные от больных виды возбудителя были чувствительны к флуконазолу, и у 16 (12%) пациенток он был единственным активным антимикотиком, а у 42 – одним из нескольких. Вторым по активности действия, значительно ему уступая, явился клотримазол (28 женщин).

Несмотря на то, что эпизоды кандидозного процесса урогенитального тракта в прошлом отмечали 112 женщин, антимикотическую терапию

ранее получали только 85 человек, но большинство из них лечились неоднократно. В связи с этим, было целесообразно определить связь между числом проведенных эпизодов лечения и снижением чувствительности к антикандидозным препаратам. В результате мы установили, что проведенная ранее терапия 1, 2 или 3 эпизодов заболевания влияла на чувствительность к антимикотикам не оказывала (табл 2).

	Образцы материала от больных	Всего больных	Чувствительны к антимикотикам (n)	% к больным данной группы	Не чувствительны к антимикотикам	% к больным данной группы
Группа 1	Ранее не лечились	73	66	90,4	7	9,6
Группа 2	1-3 эпизода лечения	64	53	82,8	11	17,2
Группа 3	Более 3 эпизодов лечения	21	14	66,7*	7	33,4*
	Всего	158	133	84,2	25	15,8

Примечание: * - достоверность различий между показателями 2 и 3 группы (P < 0,05)

Таблица 2. Чувствительность выделенной флоры в зависимости от числа курсов проведенного ранее лечения

При лечении более 3 раз имело место достоверное снижение уровня чувствительности к антигрибковым препаратам. В связи с этим, мы провели анализ предшествующего лечения и установили, что чаще других использовался кетоконазол системно – 55 (64,7%) больных, нистатин перорально получали 19 (22,4%) женщин, у 11 (12,9%) пациенток терапию ограничили локальным использованием нистатина в вагинальных суппозиториях. Флуконазол ранее пациенткам, длительно получавшим лечение по поводу туберкулеза легких, не назначался.

Далее у 85 женщин, ранее получавших антимикотическую терапию, мы определили чувствительность выделенной от них флоры к ранее применявшимся и не применявшимся средствам (табл. 3) и установили, что в результате проведенного ранее лечения резистентности к использованному препаратом у больных не обнаружено, и характер чувствительности/устойчивости к антимикотикам не отличался от не лечившихся пациенток.

Исследованные антимикотики	Больные, ранее получавшие кетоконазол		Больные, ранее получавшие нистатин	
	п	% от группы	п	% от группы
Нистатин	2		10	33,3%
Амфотерицин			3	
Клотримазол	2			
Флюконазол	4			
Кетоконазол				
Чувствительны к двум препаратам:				
Клотримазол, Флуконазол	4			
Чувствительны к трём препаратам:				
Нистатин, Амфотерицин, Клотримазол			7	
Нистатин, Флуконазол, Клотримазол	2			
Чувствительны к четырем и более препаратам	30	54,5%	10	33,3%
Чувствительности нет	11	20,0%		
Всего	55		30	

Примечание: при количестве человек менее 10 процент не высчитывался во избежание математических погрешностей.

Таблица 3. Чувствительность выделенной флоры к антимикотикам у больных, ранее получавших антимикотическую терапию

Выводы:

1. Среди женщин, длительно получающих антибактериальную терапию по поводу туберкулеза легких, кандидозный вульвовагинит развивается в 45,7 % случаев

2. Превалирующим видом *Candida* у больных, длительно получавших антибиотикотерапию по поводу туберкулеза легких, является *C. albicans*, выявляемый в 77,4% случаев.

3. Чувствительность к антимикотическим препаратам сохранялась у больных в 82,7% случаев, наиболее активным антимикотическим препаратом явился флуконазол.

4. Высокая чувствительность к антигрибковым препаратам сохраняется и после проведенного лечения у 80% больных

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гомберг М.А., Соловьев А.М., Любопытова Д.А. Урогенитальный кандидоз: этиопатогенез, диагностика и лечение // Медицинский совет. - 2008. - № 7-8. - С. 19-25
2. Карапетян Т.Э., Несхлеташвили И.В., Тютюнник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему // МРЖ Мать и дитя. - 2011. - Т.19, №.1. - С. 64-67.

3. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю., Кисина В.И. Урогенитальный кандидоз / Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение / Под ред. В.А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. М.: «Медицина», 2006. - С. 871-889.
4. Лысенко О.В., Игликов В.А., Теплова С.Н. Клинико-иммунологическая характеристика вульвовагинального кандидоза у женщин, болеющих туберкулезом легких // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - № 6. - С. 58-65.
5. Мелёхина Ю.Э., Фролова Е.В., Мирзабалаева А.К. Хронический рецидивирующий кандидоз слизистых оболочек // Проблемы медицинской микологии. – 2011. – Т. 13, № 1. – С. 49-53.
6. Савичева А.М., Мартикайнен З.М., Абашова Е.И. Воробьева Н.Е., Кириленко О.В., Меркулова Е.В., Соколовский Е.В. Рецидивирующий урогенитальный кандидоз: лечение с использованием флуконазола // Журнал акушерства и женских болезней.- 2008.- Т. LVII, Вып. 1.- С. 41-46
7. Прилепская Н.В. Вульвовагинальный кандидоз: новые критерии и международные рекомендации для врача-клинициста, основанные на принципах доказательной медицины // Гинекология.- 2011.- № 9.- С. 18 – 22.
8. Игнатовский А.В., Соколовский Е.В. Новые возможности в терапии патологии вульвы и влагалища // Журнал акушерства и женских болезней.- 2009.- Т. LVII, Вып 1.- С. 56 – 59.
9. Кисина В.И., Ковалык В.П., Колиева Г.Л. Критерии выбора рекомендованных альтернативных методов лечения урогенитальных инфекций // Трудный пациент.-2005. - Т. 3. - № 2. - С. 24-28.
10. Кисина В.И. Оптимизация подходов к лечению кандидоза вульвы и влагалища // Клиническая дерматология и венерология. - 2010.- № 2. - С. 96-103.
11. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика и лечение. 2001.- М.: Изд-во Триада-Х. - 472 С.
12. Кандидозный вульвовагинит: методические рекомендации для врачей / А.М. Савичева, В.И. Кисина, Е.В. Соколовский и др.- СПб.: «Изд-во Н-Л», 2009. - 88 с.

УДК 616.514-085.37

Старцева Е.Ю.¹, Зиганшин О.Р.^{1,2}, Летяева О.И.², Францева О.В.¹

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАЛИЗУМАБА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ

Startseva E.Yu.¹, Ziganshin O.R.^{1,2}, Letyaeva O.I.², Frantseva O.V.¹

EXPERIENCE IN THE USE OF OMALIZUMAB IN THE TREATMENT OF CHRONIC IDIOPATHIC URTICARIA

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Старцева Елена Юрьевна – врач дерматовенеролог, ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Зиганшин Олег Раисович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Летяева Ольга Ивановна - д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Францева Ольга Валерьевна - врач дерматовенеролог, ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

РЕЗЮМЕ

Представлены клинические наблюдения эффективной терапии омализумабом пациентов с хронической идиопатической крапивницей. Отмечается хорошая переносимость омализумаба и значительное улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: омализумаб, хроническая идиопатическая (спонтанная) крапивница, антигистаминные препараты, системные глюкокортикоиды

SUMMARY

Clinical observations of effective therapy with omalizumab in patients with chronic idiopathic urti-

caria are presented. There is a good tolerability of omalizumab and a significant improvement in the quality of life of patients.

Key words: omalizumab, chronic idiopathic (spontaneous) urticaria, antihistamines, systemic glucocorticosteroids

Хроническая идиопатическая (спонтанная) крапивница (ХИК) – тип хронической крапивницы (ХК), при котором причины заболевания после тщательного обследования остаются невыясненными. Заболевание характеризуется возникновением на коже зудящих волдырей и/или ангиоотечков на протяжении более 6-ти недель.

Для установления диагноза «Хроническая идиопатическая (спонтанная) крапивница» (код МКБ L50.1) пациенту совместно с лечащим врачом (дерматологом/аллергологом) приходится пройти непростой путь диагностического поиска причин крапивницы, которыми могут являться различные инфекции, прием лекарственных препаратов, непереносимость пищевых продуктов, гормональные нарушения, аутоиммунные болезни, наследственные синдромы, онкологические заболевания и другое.

Психологическое состояние больных ХИК зачастую страдает настолько, что без помощи психолога, а порой и психиатра, обойтись просто не-

возможно. Некоторые пациенты при неэффективности медикаментозного лечения крапивницы оказываются в стационаре психоневрологических диспансеров с такими диагнозами, как «реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации» (код МКБ F43), «тревожное расстройство» (код МКБ F41). На то есть веские причины – высыпания и отек мягких тканей появляются внезапно, нарушая привычный ход событий, пугая пациента и окружающих его людей и требуя неотлагательного лечения. Предугадать обострение не представляется возможным в большинстве случаев, из-за этого пациент живет «будто на пороховой бочке». По данным зарубежных авторов, снижение качества жизни больных ХК сопоставимо со снижением качества жизни при ишемической болезни сердца [1,2].

Для оценки состояния больного ХК используются специальные опросники:

- UAS7 (Urticarial Activity Score) – шкала тяжести активности крапивницы. Оценивается наличие и выраженность зуда и высыпаний за последние 7 дней;

- DLQI (Dermatological Life Quality Index) – валидизированный опросник для оценки качества жизни, связанного со здоровьем пациентов, имеющих дерматологические заболевания;

- UCT (Urticaria Control Test) – тест контроля крапивницы;

- AAS (The Angioedema Activity Score) – оценка активности ангиоотеков.

Без использования опросников отследить динамику заболевания у данной группы пациентов бывает крайне сложно, так как эмоциональное состояние больного зачастую не позволяет ему объективно оценить ситуацию. Опираясь на внешние признаки заболевания на момент осмотра не имеет смысла из-за скорости появления и исчезновения симптомов, а необходимость эпизодического приема различных лекарственных препаратов по поводу обнаруживаемой при обследовании сопутствующей патологии затрудняет оценку лечения крапивницы.

Терапия пациентов с ХК носит этапный характер, причем переход на следующий этап диктуется неэффективностью предыдущего [3]. Первым этапом всегда являются H1-антигистаминные препараты первого и второго поколения в стандартных дозировках. Эффективность лечения лицензированными дозами составляет около 50%. При неэффективности стандартной дозировки в течение 2 недель дозы препарата повышаются (до 4-х кратных), что повышает эффективность лечения, но не у всех пациентов [4]. В

случае неэффективности первых двух этапов следует перейти к третьему – лечение омализумабом. В 2014 г. Омализумаб зарегистрирован в России по расширенным показаниям – для лечения ХСК в случае неэффективности H1-антигистаминных препаратов второго поколения. До этого препарат в течение многих лет применялся только для лечения бронхиальной астмы тяжелого течения.

Также согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных крапивницей в лечении используются системные глюкокортикостероиды короткими курсами, анксиолитики и антидепрессанты [5]. К открытым рекомендациям в лечении ХК относятся циклоспорин А, плазмаферез, блокаторы лейкотриеновых рецепторов, кетотифен, дапсон, сульфасалазин, оксатамид, нифедипин, варфарин, внутривенный гаммаглобулин, аутологичная плазма, монтелукаст. Однако данная терапия имеет доказательства низкого качества, отсутствуют данные по эффективности в высококачественных рандомизированных клинических исследованиях [5].

В настоящее время омализумаб является единственным лицензированным препаратом третьей линии, и представляет собой рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела класса G1k, селективно связывающие человеческий IgE [6].

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Случай 1. Пациент С., 57 лет, предприниматель (рис.1-3). Обратился в кабинет лечения крапивницы ЧОККВД по направлению аллерголога в марте 2017 года, с жалобами на непрерывно рецидивирующие спонтанно возникающие зудящие распространенные высыпания на коже, частые периодические отеки мягких тканей. Из анамнеза заболевания известно: впервые зудящие высыпания по типу крапивницы появились в мае 2015 года, на фоне стрессовой ситуации. Обратился к дерматологу, лечение антигистаминными препаратами и десенсибилизирующая терапия без эффекта. К июлю 2015 года усиление высыпаний, появление отека мягких тканей. Госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «Отек Квинке, провоцирующий фактор не установлен», лечение системными глюкокортикостероидами с временным положительным эффектом. Далее у аллерголога лечение антигистаминными препаратами первого и второго поколения в стандартной дозировке, десенсибилизирующими препаратами, нейролептиками, стабилизато-

рами мембран тучных клеток без эффекта. Кратковременный положительный эффект только после коротких курсов системных глюкокортикостероидов. В 2016 году предпринята попытка лечения метотрексатом 15мг в неделю, лечение проводилось в течение 3,5 месяцев – без эффекта. В 2017 году при обследовании обнаружено повышение уровня IgE к Candida. Проведена терапия флуконазолом и полиоксидонием – без эффекта.

На момент первого обращения в кабинет лечения ХК ЧОККВД беспорядочно принимал преднизолон периодически 10мг около 1 раза в неделю, при усилении высыпаний, появлении отека. В анамнезе жизни: гепатит А, холецистэктомия в 2001г, хронический гастродуоденит, стеатогепатит, бронхит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

Рис.1-3. Многочисленные волдыри, часть из которых сливаются между собой, резко отграниченные от окружающей кожи, разной величины и очертаний, цвет бледно-розовый.

Проведено обследование: развернутый клинический анализ крови, биохимический анализ крови, Т3 свободный, Т4 свободный, антитела к ТГ и ТПО, анализ мочи, дифференциальное выявление антител к антигенам гельминтов, кал на яйца гельминтов и простейшие. Отклонений от референсных значений не выявлено. Аллерген-специфические IgE к пыльцевым, бытовым, эпидермальным, плесневым, пищевым аллергенам не выявлены, за исключением повышенного IgE к

Candida; кожные тесты с неинфекционными аллергенами отрицательные; тест с аутосывороткой не проводился. Физикальное обследование, изучение анамнеза и консультации смежных специалистов по сопутствующим хроническим заболеваниям не выявили клинически значимого заболевания или состояния, которое могло бы повлиять на поддержание обострения хронической крапивницы. Таким образом, у пациента была подтверждена ХИК. Проведено лечение четырехкрат-

ной дозировкой дезлоратадина - без эффекта. С учетом тяжести течения (UAS7 32-42), отсутствия эффекта от терапии первых двух линий, пациент внесен в лист ожидания для получения терапии омализумабом.

14.06.2017г пациент получил первую инъекцию препарата Ксолар® в условиях стационарного отделения ГБУЗ «ЧОККВД». После инъекции – побледнение и разрешение высыпаний в течение суток. Далее пациент ежемесячно получал препарат Ксолар® до октября 2018г (5 инъекций). Через 5 недель после прекращения лечения наступило обострение. С ноября 2017г по август 2018г пациент снова получал препарат Ксолар® ежемесячно с положительным эффектом (еще 10 инъекций). После прекращения лечения через 6 недель вновь наступило обострение.

Комментарий пациента по поводу заболевания: «В 2015 году мне был поставлен диагноз – хроническая крапивница. Никакие диеты, принимаемые препараты, за исключением преднизолона, не оказывали ни малейшего эффекта. В 2017 г. я был включен в программу по применению препарата Ксолар. На тот момент сыпи было много, около двух трети тела! Это были большие красные высыпания, зудящие, сливающиеся в огромные припухшие пятна, что существенно сказывалось на качестве жизни. В связи с постоянным зудом появилась нервозность, я стал раздражителен. Одежда, не смотря на теплое время года, была только закрытая все тело, футболки и шорты исключались.

После первого же приема препарата Ксолар, в течение суток, пятна побелели и пропали. Никакого зуда и дискомфорта я не испытывал! Укол я принимал один раз в месяц, 5 месяцев. Мое состояние было идеальным, сыпь не беспокоила! С октября 2017 г. прием препарата Ксолар был прерван по независящим от меня причинам, а в середине ноября вновь появилась сыпь. Она обрела те же проявления, частоту высыпания, размеры и прочие моменты, как и до приема вышеуказанного препарата. В декабре 2017 г. прием препарата Ксолар был возобновлен. Сыпь пропала, самочувствие значительно улучшилось. Так было на протяжении всего периода приема препарата. По завершении приема в 2018 г., спустя полтора месяца после последнего укола, сыпь вновь появилась»

Случай 2. Пациентка Е., 29 лет, мать троих детей. Обратилась в сентябре 2017 года, по направлению аллерголога, с жалобами на спонтанные зудящие высыпания ежедневно/через день, и периодические отеки мягких тканей 1 раз в 3-4 ме-

сяца. Усиление высыпаний и отеков от механического сдавления, холода, стресса.

Из анамнеза известно: Первые признаки заболевания появились на фоне беременности (беременность третья, «погодки») в 2015г. Лечение десенсибилизирующими препаратами и антигистаминными препаратами первого и второго поколения без значительного эффекта. Лечение антигистаминными препаратами второго поколения в четырехкратной дозировке с неполным положительным эффектом. При отеках положительный эффект только после преднизолона. Пациентка поставлена в лист ожидания на получение лечения омализумабом. В анамнезе жизни: эрозия шейки матки. Проведено обследование: развернутый клинический анализ крови, биохимический анализ крови, Т3 свободный, Т4 свободный, антитела к ТГ и ТПО, анализ мочи, дифференциальное выявление антител к антигенам гельминтов, кап на яйца гельминтов и простейшие. Отклонений от референсных значений не выявлено. Кожные тесты с неинфекционными аллергенами отрицательные; тест с аутоывороткой не проводился. Физикальное обследование, изучение анамнеза и консультация гинеколога с кольпоскопией не выявили клинически значимого заболевания или состояния, которое могло бы влиять на поддержание обострения ХК. Таким образом, у пациентки подтверждена ХИК. Оценка по UAS7 – 28-36.

15.07.2018г пациентка получила первую инъекцию препарата Ксолар® в условиях стационарного кожного отделения ГБУЗ «ЧОККВД». После инъекции - полное разрешение высыпаний на следующий день. С этого момента пациентка ежемесячно получает лечение до настоящего времени (получила 6 инъекций). Наблюдается стойкая медикаментозная ремиссия.

Комментарий пациента по поводу заболевания: «Крапивница у меня уже три года. Были очень сильные ежедневные высыпания по всему телу и 3-4 раза в год отек Квинке. Высыпания очень сильно чесались и болели, так как маленькое пятнышко расплзлось до 8-10 см. Иногда оставались после высыпаний синяки. В холодное время года кожа реагировала сильнее. Высыпаний становилось больше на ногах, если замерзали ноги. В летнее время года я не могла выйти из дома в футболке и шортах, старалась одеваться так, чтобы было максимально незаметно под одеждой. Когда кожа потела, то высыпания еще сильнее чесались и болели. Постоянно ходила не в настроении и раздраженная.

После первого укола препаратом Ксолар® высыпаний больше не было. Высыпаний и отеков

больше нет. Хочу сказать спасибо, что у нас в Челябинске я могу получать по квоте эти уколы бесплатно, потому что простые лекарства не помогают»

Случай 3. Пациентка А., 38 лет, мать троих детей, обратилась по направлению аллерголога с жалобами на сильно зудящие распространенные ежедневные высыпания на коже, отеки век, губ, лица, сопровождающиеся жжением 2-3 раза в месяц (рис.4-6). Усиление высыпаний от сдавления и на солнце. Из анамнеза известно: первый эпизод спонтанной крапивницы в 2005 году, после родов. Самостоятельное лечение антигистаминными препаратами 2 поколения с положительным эффектом. В 2015 году, после сильного стресса отмечает обострение крапивницы, появление рецидивирующих отеков мягких тканей лица.

Лечение десенсибилизирующими препаратами, антигистаминными препаратами первого и второго поколения в стандартной и четырехкратной дозировке без какого-либо эффекта. Положительный эффект только от системных ГКС на время приема и 2 недели после отмены. В 2016 году после ампутации матки по поводу миомы ежедневный прием системных глюкокортикостероидов, при попытке снижения дозировки - генерализованная крапивница с отеком гортани. В анамнезе жизни: резекция яичников по поводу

поликистоза в 2004г, многоузловой зоб и ожирение с 2008г, оперативное лечение геморроя, холецистэктомия, острый панкреатит в 2014 году, ангиолипома левой почки (обнаружена в 2015 году), надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы в 2016г, гипертоническая болезнь с 2017 года. Проведено обследование: развернутый клинический анализ крови, биохимический анализ крови, Т3 свободный, Т4 свободный, антитела к ТГ и ТПО, анализ мочи, дифференциальное выявление антител к антигенам гельминтов, кал на яйца гельминтов и простейшие, значимых отклонений от референсных значений не выявлено. Кожные тесты с неинфекционными аллергенами отрицательные, тест с аутосывороткой не проводился. Физикальное обследование, в том числе ФГДС с биопсией, МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, пункция узлов щитовидной железы, изучение анамнеза и консультации смежных специалистов по сопутствующим заболеваниям не выявили клинически значимого заболевания или состояния, которое могло бы влиять на поддержание обострения ХК. Таким образом, у пациентки не без труда подтверждена ХИК. Оценка по UAS7-36-42.



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Рис. 4-6. Многочисленные волдыри, локализующиеся на коже левого бедра, в области правой молочной железы и лица, часть из которых сливаются между собой и образуют причудливые фигуры, резко отграниченные от окружающей кожи, разной величины и очертаний, цвет бледно-розовый.

11.10.2017г пациентка получила первую инъекцию препарата Ксолар® в условиях стационарного кожного отделения ГБУЗ «ЧОККВД», параллельно продолжен метипред (1таблетка). После инъекции препарата Ксолар® – уменьшение высыпаний на следующий день. Единичные элементы появлялись 2 раза в неделю. Через неделю был отменен метилпреднизолон. Еще через неделю пациентка заболела ОРВИ с ларингитом, лечение амоксициллином вызвало усиление высыпаний. Самостоятельно приняла дексаметазон внутримышечно с положительным эффектом, и продолжила прием метилпреднизолона. После второй инъекции препарата Ксолар снова уменьшение высыпаний, метилпреднизолон по 1 таблетке ежедневно продолжен. С третьей инъекции высыпания исчезли полностью на 3-3,5 недели, метилпреднизолон отменен. Перед каждой следующей инъекцией высыпания возвращались, отеков не было. Пациентка ежемесячно получала лечение в период с июля 2017 года до августа 2018 года (получила 11 инъекций). После отмены лечения высыпания и отеки появились вновь. На данный момент постоянно принимает антигистаминные препараты 2 поколения в трех- и четырехкратной дозировке с неполным положительным эффектом.

Комментарий пациента по поводу заболевания от 19.11.2018г: «Преднизолон принимала почти 3 года. Набрала за это время 20кг. Побочек я не заметила, кроме как полезли килограммы вверх. А вот лечения от него точно не было. Было только кратковременные улучшения. Хватало только часов на 16. А потом вновь начинало сыпать. Ксолар переносила хорошо. Побочек не было. После отмены метилпреднизолона сыпь возникала только перед очередной инъекцией. И после укола проходила. Сейчас три месяца я без Ксолара. Высыпания почти каждый день. Почему не наступил должный эффект, думаю из-за нехватки дозы, так как очень большой вес был. На сегодняшний день вес снизила на 20кг, всё ради очередного курса ксолара. Думаю, что в этот курс у меня получится».

ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты с ХК требуют тщательного обследования и выяснения их состояния по сопутствующим заболеваниям не только для исключения симптоматической крапивницы, но и для исключения/выяснения тяжести состояний, при которых омализумаб применяется с осторожностью – при нарушениях функции печени и/или почек, при аутоиммунных заболеваниях или заболеваниях, связанных с накоплением иммунных комплексов, при

гельминтных инвазиях, у пациентов с сахарным диабетом, синдромом нарушения всасывания глюкозы-галактозы, непереносимостью фруктозы или дефицитом сахарозы-изомальтазы.

Наши клинические случаи подтверждают эффективность лечения тяжелой идиопатической крапивницы омализумабом. Омализумаб безопасно купирует симптомы ХСК у большинства пациентов, значительно улучшает течение ХСК к 12 неделе и сохраняет положительный эффект до 24 недели при хорошей переносимости и значительном улучшении качества жизни пациентов [7,8].

Ведутся поиски оптимальных схем введения препарата и длительности терапии перед прекращением введения препарата. Так, в Великобритании в августе 2015 г. издан циркуляр для врачей, занимающихся лечением крапивницы [9]. Согласно положению циркуляра NICE, в Великобритании (NHS SCC1533) в исключительных случаях возможно продление терапии омализумабом, несмотря на отсутствие (недостаточность) ответа, вплоть до 5-й инъекции в следующих случаях:

- если в процессе лечения омализумабом у пациента показатель тяжести крапивницы за неделю (UAS7) составляет 16–27 баллов при первоначальном (до терапии омализумабом) 40 и более баллов по шкале UAS7;

- если пациент находится на терапии ГКС или иммуносупрессивной терапии и не может прекратить их прием без возобновления тяжелых симптомов после прекращения приема этих препаратов, то такому пациенту следует изменить данную терапию на длительную терапию омализумабом для минимизации рисков долгосрочного использования этой терапии;

- если у пациента хроническая спонтанная крапивница сопровождается тяжелыми ангиотеками, которые не оцениваются с помощью опросника UAS [10].

С учетом опыта российских и зарубежных коллег, предполагается изменение схемы введения препарата, переход с резкой отмены на фоне длительной ремиссии на постепенное расширение интервала введения.

Согласно официальной инструкции при ХИК применяется фиксированная доза Ксолара – 300мг, рекомендуемый интервал введения – 1 раз в 4 недели, в то время как при бронхиальной астме дозировка высчитывается с учетом веса и уровня иммуноглобулина Е. С учетом нашего клинического опыта применения препарата, недостаточная длительность эффекта при полном разрешении высыпаний в первые 3-3,5 недели

наблюдалась лишь у одной пациентки, страдающей ожирением, чей индекс массы тела составлял 38. Поэтому мы предполагаем, что при ХИК также требуется корректировка дозы препарата по весу пациента.

Таким образом, ведение пациентов с ХИК требует персонализированного подхода и большого внимания со стороны лечащего врача.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Yahara H., Satoh T., Miyagishi C., Yokozeki H. Increased expression of CRTH2 on eosinophils in allergic skin diseases. *JEADV* 2010; 24:75-114.
2. Trusheim M.R., Berndt E.R., Douglas F.L. Stratified medicine: strategic and economic implications of combining drugs and clinical biomarkers. *Nat Rev Drug Discovery* 2007;6: 287-293.
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Российский аллергологический журнал 2011, № 1, с. 38-46.
4. Staevska M., Popov T., Kralimarkova T. et al. The effectiveness of levocetirizine and desloratadine in up to 4 times conventional doses in difficult-to-treat urticarial. *J. AllergyClin. Immunol.*2010, v.125, p.676-682.
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
6. Kaplan A.P., Gimenez-Arnau A.M., Saini S.S. Mechanisms of action that contribute to efficacy of omalizumab in chronic spontaneous urticarial. *Allergy*.2017, v.72, p.519-533.
7. SainiS, et al. *J Invest Dermatol* 2014 (in press); Maurer M, et al. *N Engl J Med* 2013;368:924–35.
8. Kaplan A, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132:101–9
9. NHS England. Specialised Services Circular. NICE Technology Appraisal 339: Omalizumab for previously treated chronic spontaneous urticaria. 10 August 2015.
10. Данилычева И.В. и соавторы. Российский Аллергологический Журнал, 2016;№2:32-35.

ПРАВИЛА ПОДАЧИ СТАТЕЙ (ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ПОЛИТИКА) ЖУРНАЛА «ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

1. «Южно-Уральский медицинский журнал» является регулярным печатным изданием, в котором публикуются научные работы сотрудников образовательных и научно-исследовательских медицинских учреждений (далее именуемые – «Автор», вне зависимости от их количества). В журнал принимаются статьи, содержащие результаты научных исследований, обзоры современной научной литературы во всех областях медицины, клинические наблюдения.

Каждый автор должен внести значимый вклад в представленную для опубликования работу. Если авторство приписывается группе авторов, все члены группы должны отвечать всем критериям и требованиям для авторов.

Желательно раскрытие авторами (в виде сопроводительного письма или на титульном листе) возможных отношений с промышленными и финансовыми организациями, способных привести к конфликту интересов в связи с представленным в статье материалом. Все источники финансирования работы желательно перечислить в сноске на титульном листе, как и места работы всех авторов (в том числе корпоративные).

Рукописи принимаются на рассмотрение лишь при условии, что они не подавались в другие издания, не размещались в Интернете и не были опубликованы ранее.

Автор, направляя рукопись в Редакцию, поручает Редакции опубликовать ее в издании. Редакция при использовании рукописи вправе снабжать ее любым иллюстрированным или текстовым материалом, в т.ч. рекламного характера, и разрешать это делать третьим лицам.

Автор, направляя рукопись в Редакцию, соглашается с тем, что Редакция переходит исключительные имущественные права на использование рукописи (переданного в редакцию журнала материала), в т.ч. такие охраняемые объекты авторского права, как фотографии автора, рисунки, схемы, таблицы и т.п.; в том числе на полное или частичное воспроизведение в печати и в сети Интернет; на распространение; на перевод рукописи

(материалов) на любые языки народов мира; экспорта и импорта экземпляров журнала с рукописью Автора в целях ее полного или частичного распространения; на переработку; на доведение до всеобщего сведения. Автор передает Редакции вышеуказанные права без ограничения срока их действия и на территории всех стран мира без ограничения, в т.ч. на территории Российской Федерации.

Редакция вправе переуступить полученные от Автора права третьим лицам и вправе запрещать третьим лицам любое использование опубликованных в журнале материалов.

Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного Редакции материала. В случае нарушения данной гарантии и предъявления в связи с этим претензий к Редакции Автор самостоятельно и за свой счет обязуется урегулировать все претензии. Редакция не несет ответственности перед третьими лицами за нарушение данных Автором гарантий.

За Автором сохраняется право использования опубликованного материала, его фрагментов и частей в личных, в том числе научных, преподавательских целях, а также опубликования в иных изданиях фрагментов со ссылкой на основную публикацию.

Права на рукопись считаются переданными Автором Редакции с момента подписания в печать номера журнала, в котором указанная выше рукопись публикуется.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного согласия Редакции с обязательным указанием номера журнала (года издания), в котором был опубликован материал.

Поступившие рукописи могут быть отклонены Редакцией в случае нарушения Автором установленных правил оформления рукописей.

Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование членам редакционной коллегии либо внешним рецензентам. Редакция

имеет право направить материалы рукописи экспертам по обсуждаемой в ней теме для независимой экспертизы (рецензирования). Рецензирование рукописей предполагает принцип «двойного слепого рецензирования»: авторы не знают, кто рецензент, а рецензент не знает, кто авторы, включая место их работы или учреждение(я), откуда выходит рукопись. Заключение и рекомендации рецензента могут быть направлены Автору для внесения соответствующих исправлений. В случае несвоевременного ответа Автора на данный запрос Редакция может по своему усмотрению проводить независимое научное редактирование и вносить правки в рукопись или отказать в публикации. Научное редактирование, сокращение и исправление рукописи, изменение дизайна графиков, рисунков и таблиц направлено на приведение материала Автора в соответствие со стандартами журнала. Смысл предоставленной информации при этом изменениям не подлежит.

Окончательное решение о публикации статьи принимается Редакцией на основании мнения рецензентов, Автор извещается об этом заранее.

Редакция не несет ответственности за полноту содержания и достоверность информации и материалов, представленных в рукописи. Авторы несут персональную ответственность за содержание рукописи, за достоверность собственных клинических исследований Автора, за точность перевода аннотации, цитирования, библиографической и иной информации.

Ответственность за содержание публикаций несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Рукописи авторам не возвращаются. При перепечатке материалов ссылка на «Южно-Уральский медицинский журнал» обязательна.

2. Материалы в Редакцию представляют по электронной почте sumed74@mail.ru в текстовых файлах. Параметры страницы: формат А4, поля 2,5 см со всех сторон, межстрочный интервал одинарный, абзацный отступ – 1,25 см. Шрифт TimesNewRoman Cyr, основной текст набирается размером 14 кегль, сноски набираются размером 12 кегль. При использовании специфических символов – шрифты должны прилагаться.

3. Файл статьи должен содержать:

Построчно:

Для ссылки: Фамилия И.О. 1 автора статьи.
Название статьи / Фамилия И.О. авторов статьи //

Южно-Уральский медицинский журнал. – 20... - № . – С.....

УДК

НАЗВАНИЕ СТАТЬИ

Фамилия И.О. авторов статьи

Полное наименование организации, индекс, город, улица, дом.

Фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, звание, должность (каждого автора), наименования организации каждого автора.

Аннотация до 0,5 стр. на русском и Summary на английском языках с ключевыми словами (до 5) в конце их. Аннотация должна полностью отражать содержание статьи (цель, методы, результаты с цифрами, выводы).

В левом верхнем углу титульного листа должна быть виза и подпись руководителя учреждения или научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения. Статья должна состоять из следующих частей:

Введение является началом любой статьи. Во введении автор должен отразить актуальность проблемы и состояние вопроса на момент публикации, приведя данные подобных исследований. Необходимо также сформулировать научную гипотезу, которая будет подтверждена или опровергнута данным исследованием, четко определить объект исследования, сформулировав цель и задачи исследования. Материалы и методы – необходимо достаточно детализированное описание всех этапов исследования. В этой части следует описать исследуемую группу, указать время прохождения исследования и его характер, метод статистического анализа полученных данных. В результатах необходимо отразить, как проведенное исследование соотносится с научной гипотезой, высказанной во введении. Следует сравнить полученные результаты с таковыми в контрольной группе, проверить, все ли данные получены с помощью описанных методов, правильно статистически проанализированы. Если используются относительные величины показателей, необходимо указывать также абсолютные значения. Единицы измерений должны соответствовать Международной системе единиц. Таблицы и диаграммы должны сделать полученные результаты наглядными и понятными читателю, но не должны дублировать текст статьи. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нуме-

рацией необходимо представлять на отдельной странице. Место, где в тексте должны быть помещены рисунок или таблица, отмечается на полях страницы квадратом с номером рисунка или таблицы.

Обсуждение – в обсуждении следует объяснить результаты проведенной работы, как они могут быть применены на практике. В обсуждении не следует повторять содержание раздела «Результаты».

Выводы – должны кратко и точно отражать полученные результаты.

Указатель литературы. В нем должны быть указаны научные статьи, использованные в работе. При отсутствии последних редакция может отказать в публикации работы. В указателе все работы (отечественные и иностранные) перечис-

ляются в порядке их цитирования по тексту статьи, а не по алфавиту. Порядок составления списка следующий: первый автор статьи или книги, название книги или статьи, выходные данные. В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после точки с запятой год издания. В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия) приводятся сокращенное название журнала, год издания, номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках номер журнала), страницы – первая и последняя (через тире). Список литературного обзора, как правило, должен иметь не менее 35 и не более 70 ссылок на научные статьи и книги.

АКТУАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Уважаемые коллеги! Обращаем ваше внимание:

1. 24.03.2017 года было получено свидетельство о регистрации в Национальном агентстве ISSN и присвоен Международный стандартный номер сериального издания (International Standard Serial Number)
2. На второе полугодие 2019 г. все желающие могут подписаться на наш журнал по каталогу «РОСПЕЧАТЬ». Индекс подписки: П5518
3. Редакционная коллегия журнала с апреля 2017 года поменяла требования к статьям
4. В соответствии с Решением Центрального районного суда г. Челябинска от 26.09.2018 г. по делу №2-925/2018 (2-10412/2017), вступившим в законную силу 02.11.2018 г., сообщаем об изъятии статьи «Светодиодные источники. Возможности изучения биологической безопасности с использованием иммунологических и психофизиологических методов» (авторы Гизингер О.А., Осиков М.В., Телешевой Л.Ф., Огневой О.И.), опубликованной в выпуске №1 Южно-Уральского медицинского журнала за 2014 год (стр.20-23) в связи с нарушением авторских прав Текшевой Л.М. С полным текстом указанного решения суда можно ознакомиться на Интернет-сайте Центрального районного суда г. Челябинска <http://centr.chel.sudrf.ru>.

**ПЛАН РАБОТЫ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ
ЧЕЛЯБИНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ имени И.И. ИЛЬИНА
на 2019 год**

№ пп	Наименование	Срок проведения
Конференции		
1	7-й Уральский медицинский форум «Современные тенденции развития медицинской косметологии и дерматовенерологии»	18-19.04.19
2	Междисциплинарная, межрегиональная научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов Уральского федерального округа «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии»	21-22.11.19
Школы-семинары «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии»		
3	Школа-семинар «Терапия акне- тенденции нашего времени»	13.02.2019
4	Школа-семинар «Академия псориаза»	20.03.2019
5	Школа-семинар «Урогенитальные инфекции с точки зрения здоровья нации»	15.05.2019
6	Школа-семинар «Дерматозы: практические аспекты диагностики и терапии»	13.06.2019
7	Школа-семинар «Псориаз: от теории к практике»	18.09.2019
8	Школа-семинар «Атопический дерматит: проблемы и перспективы»	16.10.2019
9	Школа-семинар «Инновационные технологии в дерматовенерологии и косметологии»	11.12.2019
заседания общества ЧОДВиК - каждый 4-й четверг месяца (кроме июля, августа)		

Главный врач ГБУЗ «ЧОККВД»,
главный внештатный специалист по
дерматовенерологии УФО

О.Р. Зиганшин

ДЛЯ ЗАМЕТОК