

Волынская

больница

медицинский вестник №6 / 2014



Превентивная кардионеврология



Научный руководитель
по терапии,
Заслуженный деятель науки РФ

Ардашев В.Н.
д.м.н., профессор

Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения страны и второй по значимости, после болезни системы кровообращения, причиной летальности - 23, 4 % (Гусев Е.И., 2006; Суслина З.А., Пирадов М.А., 2009; Скворцова В.И., 2012).

Однако, если двадцать и даже десять лет назад инсульт почти неизбежно заканчивался катастрофически или во всяком случае инвалидизацией с тяжелейшими последствиями, то в последние годы, благодаря совместным усилиям врачей различных специальностей (неврологов, нейрохирургов, эндоваскулярных хирургов, кардиологов, врачей функциональной диагностики, специалистов по лучевой диагностике, восстановительной медицине) и разработке ими единой тактики лечения, ситуация в лечении больных инсультом существенно изменилась. Положительные тенденции очевидны.

Сегодня лечение больных ишемическим инсультом, поступающих

в Волынскую больницу, проводится комплексом медикаментозных, хирургических и реабилитационных мероприятий, имеющих два главных направления:

1. Восстановление кровотока в инсультзависимой артерии головного мозга, которое осуществляется путем системного и локального тромболитика и возможной дилатации мозговых сосудов. Применение тромболитика используется нами во всех случаях своевременного поступления больного в стационар – до 4,5 часов от начала заболевания при отсутствии противопоказаний к его проведению (Шмырев В.И., Каленова И.Е., 2008 - 2013 гг.). В последние годы для лечения тяжелых инсультов в острой стадии используется краниocereбральная гипотермия, по разработанной нами методике. Краниocereбральная гипотермия (Рис. 1) является приоритетной отечественной разработкой. Она способствует восстановлению мозгового кровотока и обладает нейротропной активностью.

Исследованиями специалистов Волынской больницы установлена высокая эффективность восстановления мозгового кровотока при стенозирующем поражении магистральных ар-

терий головы путем стентирования пораженных артерий с использованием ретгеноваскулярной методики. Эта операция успешно выполнена 64 больным и успешно используется для профилактики возникновения ишемического инсульта. Методика стентирования брахиоцефальных артерий сегодня широко используется в передовых клиниках мира (Рис. 2).

Эффективным методом профилактики нарушений мозгового кровотока являются реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях, успешно выполняемые в нашей клинике с 2006 года (Игнатенко А.В., Казанцева И.В.) (Рис. 3).

При нарушениях мозгового крово-



Рис. 1. Краниocereбральная гипотермия.



тока связанных с кардиальной патологией, на первое место по значимости выходит кардиотоническая терапия. Регуляция частоты и характера ритма сердца (лечение мерцательной аритмии, установка кардиостимулятора) могут оказать эффективную помощь, особенно при гемодинамических ишемических инсультах (Мезенцев П.В., Зайцева О.В., 2012).

Применение хирургических подходов в лечении ишемического и геморрагического инсультов, выполняемых нейрохирургами, рассматриваются нами как один из перспективных методов лечения.

2. Важнейшее направление в лечении инсультов – нейропротекция: лечение нейтрофическими, вазоактивными препаратами, средствами, влияющими на холинэргическую передачу. Наиболее хорошо зарекомендовали себя эти препараты при речевых, когнитивных и эмоционально-волевых нарушениях (Соколова Л.П., 2013).

Особо следует отметить, что все методы лечения могут быть реализованы только с помощью надежно организованной этапной системы реабилитации больных. Такая система реабилитации больных разработана и продолжает совершенствоваться нами. Так, для оценки прогностических показателей и тяжести состояния больных были разработаны компьютерные алгоритмы. В программу вводятся данные пациента, полученные при первичном осмотре, после чего на рабочий стол врача-невролога выводятся оценки риска возникновения и исходов ишемического инсульта. На последующем этапе стационарного лечения полученные расчетные показатели позволяют индивидуализировать мероприятия вторичной профилактики ишемического инсульта. Указания на наиболее неблагоприятные признаки-предикторы, выдаваемые компьютером, являются основой для активной целенаправленной терапии.

Перечисленные методики лечения, внедряемые и разрабатываемые в нашем лечебном учреждении, требуют дифференцированного подхода к их применению, тщательной профилактики возможных осложнений и определения показаний и противопоказаний к интервенционным методам лечения.

Благодаря высокой квалификации врачей, оснащенности нашего лечебного учреждения современной аппаратурой, технологиями и единому тактическому пониманию подходов к лечению, стала возможной именно та интеграция усилий врачей различных специальностей, которая, по нашему мнению и опыту, и составляет основу успеха лечения больных инсультом на современном этапе развития медицины.



ДО ОПЕРАЦИИ



ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Рис. 2. Ангиограмма внутренней сонной артерии до и после стентирования.



ДО ОПЕРАЦИИ



ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Рис. 3. Ангиограмма подключичной артерии до и после стентирования.

Высокотехнологичные операции бесплатно (по квоте), без длительного ожидания. Подробнее: (495) 442-43-52



Артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки коленного сустава



Травматолого-ортопедическое отделение
Врач-травматолог-ортопед

Радыш И.И.

Коленный сустав – один из самых крупных и сложно устроенных суставов человеческого тела, который постоянно несет большую нагрузку. Естественно, он наиболее уязвим: часто страдает от травм и различных заболеваний. С болями в коленях знаком практически любой человек, особенно среднего и пожилого возраста, и люди, ведущие активный, спортивный образ жизни.

Травмы коленного сустава составляют 50% среди повреждений всех суставов и 49% среди всех повреждений опорно-двигательной системы. Это в особенности справедливо для людей, ведущих активный образ жизни, занимающихся спортом (футбол, баскетбол, волейбол, горные лыжи, сноуборд).

Воспалительные, дистрофические и травматические поражения коленного сустава имеют много общих проявлений: длительно непроходящую боль, которая усиливается при движении, болезненные щелчки, затруднения при ходьбе и опоре на больную конечность, иногда – видимую припухлость или деформацию колена. При появлении данных симптомов не откладывайте визит к травматологу, ранняя диагностика и правильное лечение приводит к выздоровлению.

Часто встречающаяся у спортсменов травма это разрыв передней крестообразной связки (ПКС). Травма эта сопровождается, как правило, острой болью и ощущением хруста в суставе, появляется отечность и гемартроз. Трудность в выявлении клинических симптомов при обследовании больных со свежими повреждениями ПКС связывают с наличием болевого синдрома, вызывающего мышечный спазм. Однако основная масса пациентов обращается к врачу в очень поздние сроки после травмы (от 2-6 месяцев до 6-10 лет). У большинства пациентов к этому времени появляется неустойчивость походки, шаткость, неуверенность, хромота, боли, выявляется атрофия мышц бедра. Основные клинические тесты, выявляющие нестабильность коленного сустава, следующие: тест «переднего и заднего выдвигающих ящиков», тест Лахмана, Pivot-shift тест.

В настоящее время одной из наиболее современных, информативных, перспективных и быстро совершенствующихся технологий получения диагностических данных при повреждении ПКС является магнитно-резонансная томография.



нансная томография (МРТ) коленного сустава.

Консервативная тактика позволяет добиться благоприятных исходов при травмах коленного сустава без повреждения его капсульно-связочных структур. Однако, иммобилизация в течение 4-6 недель с последующей реабилитацией обеспечивает необходимую стабильность сустава лишь у 50% пациентов, у остальных развивается нестабильность, исключающая возможность осуществления в нем высококоординированных движений. Считается, что консервативное лечение приводит к успеху лишь у 8-10% пациентов. Что, особенно если учесть возраст травмированных спортсменов, никак нельзя считать успешным.

К тому же, по данным ряда авторов, у 70-80% больных, лечившихся консервативно по поводу повреждения ПКС, через 5-10 лет после травмы отмечается прогрессирование дегенеративно-дистрофических изменений в коленном суставе.

Хирургические методы лечения ПКС имеют давнюю традицию. Еще в XIX веке хирурги пытались восстановить целостность передней крестообразной связки. Так Mayo Robson впервые выполнил шивание разорванной передней крестообразной связки в 1895 г. И.И. Греков в 1914 г. впервые предложил и осуществил восстановление передней крестообразной связки свободным трансплантатом в виде полоски из широкой фасции бедра, проведенной через канал, просверленный в наружном мыщелке бедра.

Травматологи-ортопеды Волынской больницы успешно применяют метод артроскопической реконструкции ПКС аутоотрансплантатом из сухожилий «полусухожильной» и «нежной» мышц для восстановления передней крестообразной связки. Мировой опыт показывает, что использование четырехслойного трансплантата из удвоенных сухожилий имеет серьезные потенциальные преимущества перед другими широко используемыми аутоотрансплантатами - к примеру, из связки надколенника. К потенциальным преимуществам трансплантата из сухожилий сгибателей бедра относятся высокая прочность и хорошие характеристики жесткости, приближенные к нормальной ПКС, большая площадь поверхности для реваскуляризации трансплантата и диффузии питательных веществ, предсказуемые значения его натяжения и адаптируемость к точному положению.

Оперативное пособие в 90% случаев выполняется под спинальной анестезией.

Само вмешательство можно разделить на 3 этапа.

1. Забор сухожилий полусухожильной и нежной мышц и формирование трансплантата ПКС (Рис. 1).



Рис. 1. Забор сухожилия полусухожильной мышцы

2. Артроскопия коленного сустава с формированием костных каналов для проведения трансплантата ПКС.

3. Фиксация трансплантата ПКС.

В Волынской больнице мы широко используем биodeградируемые фиксаторы, что позволяет выполнять МРТ коленного сустава в послеоперационном периоде.

В первые две недели после операции нами производится иммобилизация конечности ортезом от ягодичной складки до лодыжек, при сгибании коленного сустава 175 градусов. Со второй недели мы накладываем ортез с фиксируемым на 90гр. углом сгибания сустава — на 4-5 недель. Уже с первых суток применяем упражнения на изометрическое напряжение мышц бедра.

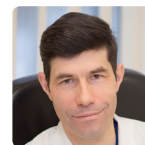
В дальнейшем проводим специальный комплекс ЛФК в зависимости от реконструкции ПКС. Занятия ЛФК это важнейшая часть полного восстановления, особенно в случае занятий спортом. Полное время восстановления до начала спортивной нагрузки у наших пациентов составляет до 6 месяцев.

Таким образом, можно смело считать метод артроскопической реконструкции ПКС «золотым стандартом» для решения хирургической составляющей данной проблемы.

Высокотехнологичные операции бесплатно (по квоте), без длительного ожидания.
Подробнее: **(495) 442-43-52**



Использование молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы (МАРС) в лечении пациентов с печеночной недостаточностью



Зав. отделением экстракорпоральных методов диаг. и леч.

Кутепов Д.Е.
К.М.Н.

Печень является одним из крупных органов человеческого тела, играющего важную роль в пищеварении и обмене веществ. К основным функциям печени относятся обмен белков, углеводов, жиров, ферментов, витаминов. Печень выполняет важную функцию — обезвреживание токсических веществ, в том числе поступающих извне.

На рубеже веков печеночная недостаточность остается одной из самых актуальных проблем медицины. Это в немалой степени связано с высокой летальностью, достигающей 90%, несмотря на современные методы интенсивной терапии.

Основными причинами развития печеночной недостаточности являются: вирусные гепатиты, токсическое поражение печени и синдром полиорганной недостаточности. Декомпенсация печеночной недостаточности обычно наступает в результате желудочно-кишечного кровотечения, инфекции, алкогольного эксцесса или хирургической операции и ассоциируется с прогрессирующей желтухой, печеночной энцефалопатией и/или гепаторенальным синдромом. Внутрибольничная смертность при печеночной недостаточности достигает 50-66%.

В основе патогенеза печеночной недостаточности лежит поражение гепатоцитов. В результате поражения гепатоцитов нарушается синтетическая и детоксикационная функция печени, что в конечном итоге приводит к повышению уровня эндогенных токсинов в крови. Билирубин, желчные кислоты, жирные кислоты, бензодиазепины, триптофан, аммиак — эти соединения считаются ведущими в развитии и сохранении дисфункции органов и развитии энцефалопатии у пациентов с печеночной недостаточностью. Токсические продукты блокируют возможную регенерацию гепатоцитов и порочный круг замыкается.

При печеночной недостаточности выделяются несколько клинических симптомов, которые могут быть признаками заболевания:

1. Астеновегетативный синдром



сопровождает большинство заболеваний печени. Этот синдром проявляется слабостью, подавленным настроением, снижением работоспособности.

2. Желтуха является специфическим признаком, характерным для заболевания печени. Прокрашивание кожи, слизистых оболочек, склер в желтый цвет появляется вследствие накопления желчных пигментов.

3. Генерализованный кожный зуд в отсутствие сыпи является одним из признаков заболевания печени.

4. Психоневрологические нарушения проявляются в виде снижения внимания, памяти, нарушении сна ночью и сонливостью в дневные часы, дезориентации во времени и пространстве.

5. Сосудистые «звездочки» располагаются на шее, лице, плечах, кистях, груди и спине. Эти образования состоят из пульсирующей центральной части и лучеобразных разветвлений сосудов, напоминающих ножки паука.

Описанные симптомы далеко не все, а лишь наиболее частые и характерные для заболеваний печени.

В случае развития печеночной недостаточности единственной возможностью сохранить жизнь пациенту является операция по трансплантации печени. Однако количество нуждающихся в трансплантации печени, во всем мире постоянно растет, в то время как возможности по пересадке органа ограничены. В связи с этим целью врача является компенсация функции печени и продление жизни пациента до возможной операции.

При выраженной дисфункции медикаментозное лечение печени оказывается недостаточным и неэффективным, в связи с чем применяются экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемофильтрация, гемодиализ). Современные технологии позволили создать новый вид экстракорпорального метода лечения – альбуминовый диализ или молекулярную адсорбирующую рециркулирующую систему (МАРС).

Система МАРС – это экстракорпоральная система для поддержания детоксикационной функции печени, в основе которой лежит концепция диализа с использованием специфиче-

ской мембраны и альбумина в качестве диализата. Благодаря «притягивающему» эффекту альбумина, достигается удаление альбумин-связанных токсинов, таких как желчные кислоты, билирубин, ароматические аминокислоты, триптофан, жирные кислоты с короткой и длинной цепью, бензодиазепиноподобные субстанции. Данные токсины являющиеся основными компонентами, обуславливающими эндогенную интоксикацию. Две колонки с сорбентом и диализатор позволяют удалить как связанные с белком, так и водорастворимые токсины, делая систему пригодной для использования у пациентов с печеночной недостаточностью, осложненной почечной недостаточностью.



Вид аниообменной смолы до и после сеанса МАРС-терапии

Изменение цвета аниообменной смолы по мере её насыщения альбумин-связанными токсинами во время сеанса МАРС-терапии.

МАРС была разработана в 1993 году в университете города Ростока J. Stange и S. Mitzner. В 1996 году данный метод был впервые применен в клинической практике. В России включение методики МАРС в комплексную терапию пациентов с печеночной недостаточностью началось с 2002 года. Следует отметить, что первые процедуры МАРС продемонстрировали уникальные свойства данного метода. Это проявлялось снижением уровня токсинов в крови больного, что приводило к уменьшению уровня интоксикации, тем самым, способствовало регенерации гепатоцитов.

Таким образом, комбинированная терапия с применением методики МАРС позволяет поддержать детоксикационную функцию печени, снизить степень энцефалопатии, уменьшить явления цитолиза и холестаза, стабилизировать гемодинамику. В конечном итоге это позволяет оптимизировать результаты лечения пациентов с патологией печени и при необходимости подготовить их к трансплантации органа.

В настоящее время выработаны основные показания для применения терапии МАРС:

- Отсутствие эффекта от консервативной терапии.

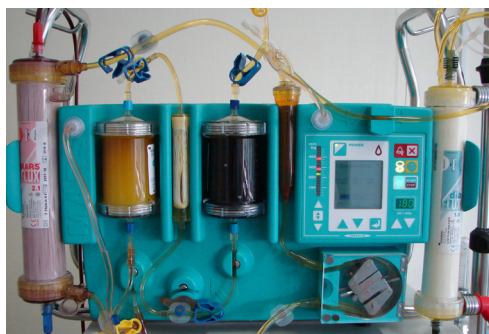
- Печеночная энцефалопатия > II степени или кома.
- Нарастание уровня билирубина.
- Прогрессирование синдромов цитолиза и холестаза.
- Кожный зуд при синдроме хронического холестаза, не поддающийся стандартной фармакотерапии.
- Фульминантная печеночная недостаточность.
- Нарушение функции почек, связанное с печеночной недостаточностью.
- Подготовка больного к трансплантации печени.
- Первичная дисфункция трансплантата.

Начиная с 2002 года на базе отделения экстракорпоральных методов лечения ФГБУ «Клиническая больница №1» методика МАРС, совместно с другими методами экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемофильтрация), включена в лечение больных с печеночной недостаточностью.



Сеанс МАРС-терапии у больного с печеночной недостаточностью

За данный период времени МАРС-терапия использовалась в лечении более чем 30 больных с острой печеночной недостаточностью и декомпенсацией цирроза печени. Положительные результаты, т.е. стабилизация состояния и выписка больного из стационара, получены в 57% клинических случаев. Данный показатель сопоставим с результатами, представленными в научной литературе. Результаты исследований по лечению больных с печеночной недостаточностью с использованием методики МАРС внедрены в повседневную практику работы отделения реанимации и интенсивной терапии, терапевтических отделений. Накопленный опыт по лечению больных с печеночной недостаточностью нашел отражение в научных статьях и докладах на научных конференциях.



Монитор МАРС (Гамбро, Швеция)

